



**Maria Julia Carneiro
Fernandes**

**Significados do Cuidado de Enfermagem à Pessoa
Idosa em Cuidados Intensivos**



**Maria Julia Carneiro
Fernandes**

**Significados do Cuidado de Enfermagem à Pessoa
Idosa em Cuidados Intensivos**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Alcione Leite da Silva, Professora associada convidada da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro.

O júri

presidente

Prof. Doutor Nelson Fernando Pacheco da Rocha

Professor catedrático da Secção Autónoma de Ciências de Saúde da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Maria dos Anjos Pereira Lopes F. Veiga

Professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Prof. Doutora Alcione Leite da Silva

Professora Associada convidada da Escola Superior de Saúde de Aveiro (orientadora)

Agradecimentos

Depois do percurso empreendido chegou o momento de agradecer.
De procurar com sinceridade todos os gestos e atitudes abraçar.
Sozinha nunca teria conseguido esta etapa da vida vencer.
Assim, pretendo com sentimento quem esteve ao meu lado valorizar.

A confiança dos meus pais e irmã foi motivadora.
Para não me fechar a esta oportunidade.
Fazem-me sentir uma eterna lutadora.
Guiada pela perseverança e humildade.
O apoio da minha família é importante.
Pois muito do que hoje sou lhes é devido.
Porém reconheço que foi estimulante.
Receber outros contributos com o mesmo sentido.

Para conseguir levar esta decisão em frente
Na Professora Alcione encontrei a orientação.
Confesso que foi impossível ficar indiferente
A uma pessoa que ensina com entusiasmo e paixão.
Nas entrelinhas desta dissertação vive o respeito e a sensibilidade
Qualidades determinantes para tornar um sonho realidade.
Enriqueci com os seus ensinamentos, incentivos e experiência.
Acreditar, corrigindo e evoluindo foi o segredo da nossa convivência.

Por vezes senti a força, outras vezes a fraqueza.
Uma ambiguidade nem sempre fácil de superar.
Sempre que a minha mente viveu essa incerteza.
Tive o alento dos (as) Amigos (as) para me confortar.

Agradeço aos colegas que pertenceram ao meu grupo de Mestrado, o companheirismo,
convívio e aprendizagem partilhada.

Agradeço aos (às) colegas participantes deste estudo. Foi um privilégio receber o contributo
das vossas palavras e dos vossos silêncios. Ambos fortaleceram a minha percepção do que
vocês são como pessoas e como profissionais.

À instituição HRCP por permitir a realização do estudo.

Palavras-chave

Unidade de Cuidados Intensivos, Pessoa Idosa, Cuidado de Enfermagem

Resumo

O presente estudo teve como objectivo conhecer os significados do cuidado de enfermagem à pessoa idosa numa unidade de cuidados intensivos (UCI) de um hospital da região centro de Portugal, a partir das vivências de enfermeiros (as). Foi desenvolvido através da abordagem qualitativa, utilizando como método a fenomenologia hermenêutica. Participaram no estudo dez enfermeiros (as), sendo sete do sexo feminino e três do sexo masculino. As descrições experienciais foram obtidas através de entrevistas abertas. Os significados essenciais do fenómeno em estudo emergiram com o apoio do programa de análise qualitativa QSRNvivo7. Desta análise destacaram-se quatro temas intimamente interligados: recordando o percurso de aquisição de competência para cuidar em UCI; (re) criando o ambiente de cuidado da UCI; experienciando o cuidado a pessoas idosas na UCI e; valorizando a família no cuidado a pessoas idosas na UCI. A construção da competência para o cuidado a pessoas idosas em UCI percorre a complexidade do ambiente de cuidado e se evidencia num processo evolutivo, dinâmico, simultaneamente individual e colectivo. Requer investimentos constantes que são adquiridos com as situações vividas no quotidiano, com as relações interpessoais e com a formação formal. O ambiente da UCI destaca-se por suas dimensões relacionais e contextuais no processo de cuidado. É caracterizado como um espaço em que o isolamento, a imprevisibilidade, a tensão permanente entre o ser e o não ser e a intensidade do ritmo de trabalho impõem o constante (re) criar e fortalecer das relações interpessoais, do empenho e espírito de colaboração multidisciplinar para a promoção de um ambiente protector e humanizado. O cuidado emerge enquanto processo dinâmico, complexo, diferenciado, criativo, inter-relacional e contextual, centrado na pessoa idosa. Neste processo, a família é valorizada através do acolhimento, orientação e preparação para o encontro com o seu este querido. Os quatro temas evidenciam uma ruptura com a prática tradicional orientada pelo modelo biomédico e com o estereótipo da racionalidade técnica, cujo objectivo é a cura e não o cuidado do ser humano. O cuidado desenvolvido por estes profissionais inclui e transcende a objectividade ao valorizar as emoções, sentimentos, percepções e intersubjectividades que permeiam o viver das pessoas idosas e seus familiares. Embora reconheçam os benefícios e a importância da tecnologia demonstram preocupação em encontrar uma sinergia entre o aperfeiçoamento técnico-científico e um modo mais humano e harmonioso de estar na relação de cuidado. O desvelamento dos significados do cuidado de enfermagem às pessoas idosas numa UCI pode dar visibilidade às suas mais diversificadas características e contribuir para promover abordagens mais humanizadas de cuidado.

Keywords

Intensive care unit, Elderly person, Nurse care

Abstract

This study aimed to know the meanings of nursing care for elder people in an intensive care unit (ICU) of a hospital in the central region of Portugal, from the experiences of nurses. It was developed through a qualitative approach, using as a method the hermeneutic phenomenology. Ten nurses participated in the study, seven female and three male. The experiential descriptions were obtained through open interviews. The essential meaning of the phenomenon under study emerged with the support of the program for qualitative analysis QSRNvivo7. From this analysis arose four themes that are intimately related: remembering the route of acquiring the competency to provide care in an ICU; (re) creating an environment of the ICU care; experiencing the caring for elder people in the ICU and; valuing the family in caring for elder people in the ICU. The building of competency for caring elder people in an ICU runs through the complexity of the environment of caring and is evident in an evolutionary, dynamic process, that is simultaneously individual and collective. It requires constant investments that are acquired through the situations experienced in daily life, with the interpersonal relationships and formal training. The ICU environment is highlighted for its relational and contextual dimensions in the caring process. It is characterized as a space in which isolation, unpredictability, permanent tension between the being and the non-being and the intensity of work calls for constant (re) creation and strengthening of inter-personal relations, the commitment and spirit of multidisciplinary collaboration for the promotion of a protective and humanized environment. Caring emerges as a dynamic, complex, differentiated, creative, inter-relational and contextual process centered on the elderly. In this process, the family is valued through the welcoming, orientation and preparation for the encounter with their loved one. The four themes show a break from the traditional practice guided by the biomedical model and the stereotype of a technical rationality whose aim is the cure and not the care of the human being. The caring developed by these professionals includes and transcends objectivity in valuing emotions, sentiments, perceptions and inter-subjectivities that prize the life of the elder people and their families. Although they recognize the benefits and importance of technology, they show concern to find a synergy between the technical-scientific improvement and a more humane and harmonious form in the caring relation. The unveiling of the meanings of nursing caring for elder people in an ICU may provide visibility to its diversified characteristics and contribute to promote a more humanized approaches of caring.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	8
----------------------------	----------

CAPÍTULO 1

1. CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA DO ESTUDO	10
1.1. A PESSOA IDOSA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	10
1.2. O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS	12
1.2.1. Abordagem Teórica do Cuidado	13
1.2.2. Abordagem do Cuidado de Enfermagem em UCI	15
1.2.3. Cuidado de Enfermagem: Estudos Exploratórios	18

CAPÍTULO 2

2. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	22
2.1. FUNDAMENTOS DO PENSAMENTO FENOMENOLÓGICO	23
2.2. ESTRUTURA DO MÉTODO FENOMENOLÓGICO HERMENÊUTICO	25

CAPÍTULO 3

3. METODOLOGIA	28
3.1. SELECIONANDO O FENÓMENO DE INTERESSE	28
3.2. SELECIONANDO A PERSPECTIVA DE ESTUDO DO FENÓMENO	28
3.3. SELECIONANDO O CONTEXTO ONDE SE DÁ O FENÓMENO.....	29
3.4. SELECIONANDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO	29
3.5. RESPEITANDO OS PRINCÍPIOS ÉTICOS.....	29
3.6. OBTENDO AS DESCRIÇÕES EXPERIENCIAIS SOBRE O CUIDADO	30
3.7. DESENVOLVENDO UMA REFLEXÃO FENOMENOLÓGICA HERMENÊUTICA.....	31

CAPÍTULO 4

4. RESULTADOS.....	32
4.1. CARACTERIZANDO OS (AS) PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	32
4.2. DESVELANDO OS SIGNIFICADOS DO CUIDADO À PESSOA IDOSA EM UCI.....	32
4.2.1. Recordando o percurso de aquisição de competência para cuidar em UCI.....	33
4.2.2. (Re) criando o ambiente de cuidado da UCI	37
4.2.3. Experienciando o cuidado à pessoa idosa na UCI.....	43
4.2.4. Valorizando a família no cuidado à pessoa idosa na UCI.....	56

CAPÍTULO 5

5. DISCUSSÃO	63
5.1.RECORDANDO O PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIA PARA CUIDAR EM UCI.....	63
5.2. (RE) CRIANDO O AMBIENTE DE CUIDADO DA UCI	66
5.3. EXPERIENCIANDO O CUIDADO À PESSOA IDOSA NA UCI	69
5.4. VALORIZANDO A FAMÍLIA NO CUIDADO À PESSOA IDOSA NA UCI.....	75
TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	80
APÊNDICES	87

APÊNDICE I: Contexto do estudo

APÊNDICE II: Pedido de autorização para a realização da colheita de dados

APÊNDICE III: Termo de consentimento livre e esclarecido

APÊNDICE IV: Pedido de aprovação de dissertação pela Comissão de Ética

APÊNDICE V: Instrumento para realização das entrevistas

APÊNDICE VI: Processo de análise dos dados

APÊNDICE VII: Caracterização dos (as) enfermeiros (as) participantes

APÊNDICE VIII: Representação esquemática dos temas e subtemas

INTRODUÇÃO

O cuidado é parte integrante da vida humana. Representa um espaço para a imaginação, o desejo e o profundo compromisso com a vida em sociedade e no planeta, respeitando as mais variadas formas de expressão (Silva, 1997a). Este pensamento pode explicar o destaque que o cuidado tem merecido no presente século, em inúmeros estudos e nas mais variadas áreas do conhecimento. Ao ser abordado por outras disciplinas e profissões, o cuidado não pode ser considerado um conceito único para a enfermagem. No entanto, para esta continua a ser o foco central e unificador da sua prática (Watson, 2002), pelo que representa o seu conceito central e dominante. Em síntese, o seu símbolo mais poderoso. Esta evidência assume uma complexidade e especificidade diferenciada quando o contexto de cuidado é uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), o que justifica a continuidade do seu estudo. O cuidado não ocorre no vazio, mas no âmbito das experiências humanas, em que a subjectividade, a consciência, a vida e a espiritualidade estão presentes (Silva, 2000). Por esta razão, ele deve constituir-se em uma prioridade para os (as) enfermeiros (as) no seu compromisso de transformação pessoal, profissional e social.

Embora sempre presente no meu percurso profissional, reconheço que a minha concepção de cuidado foi sofrendo transformações e renovando o sentido da minha prática. Foi precisamente há 15 anos que iniciei a minha actividade, com uma vontade imensa de aplicar todo o conhecimento que tinha adquirido durante o curso. Porém, confesso que entrar pela primeira vez numa UCI me intimidou pelo receio de não estar à altura do que me iria ser exigido. A diversidade tecnológica utilizada para a manutenção da vida é uma realidade que simultaneamente encanta e assusta. Surgiram as dúvidas: Serei capaz de colocar em prática tudo o que aprendi? Conseguirei ajudar com competência e responsabilidade aqueles que precisam verdadeiramente de mim?

Numa fase inicial, fruto da minha inexperiência e alguma insegurança, toda a minha atenção se concentrou no domínio da tecnologia existente. Porém, com o decorrer do tempo, a minha postura foi-se modificando. Progressivamente, fui conseguindo conciliar o conhecimento técnico-científico com o desenvolvimento de qualidades humanas que me permitiam aplicar a arte de cuidar na relação com a pessoa doente. As experiências, resultantes das inúmeras situações vividas na minha prática profissional, conduziram-me à valorização da relação humana no ambiente da UCI, o que se reflectiu na minha forma de ser, de estar e de fazer enfermagem.

Num serviço onde impera a tecnologia e o conhecimento técnico-biológico, sensibiliza-me a proximidade com a realidade vivida por uma pessoa em estado crítico, que num determinado momento perde a sua individualidade, o controlo sobre si mesma e fica totalmente dependente dos profissionais que dela cuidam. Quando essa pessoa é idosa desperta-me uma atenção especial. Os rostos rubricados pela autenticidade das suas rugas, pelas expressões de angústia e desespero não me deixam indiferente e

suscitam-me um novo questionamento: Como é o cuidado desenvolvido pelos (as) enfermeiros (as) que compartilham o mesmo destino temporal e espacial? Será que têm as mesmas percepções, as mesmas dificuldades, os mesmos dilemas? Existe ambiguidade entre o cuidado à pessoa idosa teorizado e aquele que permeia a prática quotidiana na UCI?

No campo da investigação, a realização de estudos enquadrados na temática do cuidado à pessoa idosa numa UCI são escassos, o que fundamenta a minha vontade de encontrar respostas consistentes para as questões que interpelam a minha consciência. Ao contrário de uma explicação teórica, centrada nos comportamentos e atitudes a adquirir no cuidado, pretendo descobrir a realidade vivida e a singularidade das experiências no cuidado à pessoa idosa. Pelo exposto, defino como objectivo central: Conhecer os significados do cuidado de enfermagem à pessoa idosa numa UCI de um Hospital da Região Centro de Portugal, a partir das vivências de enfermeiros (as).

Ao realizar este estudo, procuro, numa posição diferente, aprofundar o olhar sobre o exercício da enfermagem contemporânea, em um ambiente altamente tecnológico, como é a UCI. Concorro com Watson (2002:18), quando refere que “devemos afastar-nos da homogeneidade de pensamento e procurar novas formas de ver o habitual”. Neste sentido, todos necessitamos compreender criticamente os processos de significação em que estamos envolvidos, recusando verdades absolutas e naturalmente dadas que nos fornecem uma única possibilidade de ver e entender o mundo. Por isso, tenho como expectativa que ao desvelar os significados do cuidado à pessoa idosa numa UCI, possa dar visibilidade às suas diversificadas características e contribuir para um cuidado mais humanizado e de maior qualidade.

No sentido de concretizar o objectivo proposto, começo por no primeiro capítulo contextualizar a temática do estudo centrada na pessoa idosa e no cuidado de enfermagem desenvolvido nesse contexto. Finalizo com a apresentação de alguns estudos exploratórios. O segundo capítulo é dedicado à apresentação do referencial teórico-metodológico que foca a problemática do estudo. O carácter subjectivo que caracteriza o cuidado subentende que existam diferentes visões, de acordo com as crenças, valores e história de vida das diferentes pessoas envolvidas no processo. Por este motivo, selecciono como orientação metodológica a abordagem qualitativa, optando pela perspectiva fenomenológica hermenêutica de Van Manen (1990). Considero que a mesma privilegia as simbologias de que se reveste o fenómeno do cuidado, permitindo o acesso às racionalidades que o determinam, aos afectos que o envolvem e às emoções que o caracterizam. No terceiro capítulo, abordo a metodologia utilizada, subsidiada pelo referencial adoptado, contextualizando o fenómeno em estudo e clarificando o caminho que visa a sua compreensão. No quarto capítulo apresento os resultados que desvelam os significados do cuidado. Segue-se o quinto capítulo onde se desenvolve a discussão dos resultados. Por fim, as considerações finais, em que constam os resultados mais relevantes e algumas reflexões pertinentes.

Capítulo 1

*Persiga um sonho
Não deixe ele viver sozinho
Alimente sua alma com amor
Cure suas feridas com carinho*

Fernando Pessoa



1. CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA DO ESTUDO

Neste capítulo contextualizo a temática em estudo centrada na pessoa idosa e no cuidado de enfermagem. Nesta perspectiva, começo por evidenciar a problemática que envolve a pessoa idosa num ambiente de cuidados intensivos. Posteriormente, faço uma breve abordagem teórica do cuidado genuinamente marcado por avanços e recuos, seguida de uma abordagem do cuidado de enfermagem em UCI, na qual prevalecem algumas contradições mas também inúmeras potencialidades.

1.1. A PESSOA IDOSA NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Portugal, à semelhança de outros países, também tem sofrido uma mudança do seu perfil demográfico. Decorrente do aumento da esperança média de vida, associado a uma baixa fecundidade, constata-se um envelhecimento significativo da nossa população. Em valor absoluto, representa um aumento de quase um milhão de indivíduos (Instituto Nacional de Estatística, 2002). Os progressos conseguidos pelo desenvolvimento, em geral, e pelas ciências da saúde, em particular, contribuíram para a melhoria das condições de vida nos seus mais variados aspectos e tornaram possível diagnosticar, prevenir e curar muitas doenças fatais no passado (Imagínario, 2004). No entanto, o fenómeno do envelhecimento demográfico está longe de ser um assunto pacífico pelo risco acrescido da pessoa idosa a doenças crónicas e degenerativas com implicações sociais, económicas e financeiras (Moniz, 2003). As pessoas idosas utilizam de um modo mais intenso os serviços de saúde, a sua recuperação é mais lenta e existe a possibilidade de surgirem maiores complicações. Ao quadro apresentado, podemos acrescentar a crise dos serviços de saúde, cuja racionalização dos gastos, organização dos serviços e escassez de recursos humanos constituem um problema preocupante e difícil de contornar (Costa, 2006). Por esta razão, temos assistido, nos últimos anos, a uma preocupação crescente relativamente ao tempo de duração e taxa de internamentos hospitalares, pelos elevados custos económicos e sociais que implicam (Dinis, 2007).

As unidades de cuidados intensivos não fogem a esta realidade. Destinadas ao atendimento de doentes críticos, exigem um espaço físico, recursos humanos e tecnológicos especializados que as transformam em serviços de alto custo, sendo indispensável a definição de critérios de admissão (Barreto, Vieira e Pinheiro, 2001). De acordo com Rocker (2003), factores como, o estado funcional do doente previamente ao internamento na UCI, a necessidade de ventilação mecânica, a presença de doenças terminais e o número de disfunções orgânicas são importantes como elementos prognósticos. No entanto, no que se refere à idade, a literatura internacional é controversa. O factor idade conduz a alguns dilemas na tomada de decisão relativamente aos investimentos terapêuticos a serem aplicados, diante de perspectivas reduzidas de sobrevida ou de limitada qualidade de vida após a alta da unidade (Barreto, Vieira e Pinheiro,

2001). No mundo capitalista e globalizado actual, em que o aspecto económico tem primazia, pode ser questionável o investimento no internamento de uma pessoa idosa numa UCI, sem transgredir o princípio ético da igualdade de atendimento (Pessine, 2004). O paradoxo entre as possibilidades de cura e os próprios limites da intervenção é o contexto de difíceis escolhas éticas, que na UCI são feitas sem o conforto da certeza (Pessine, 2004).

Transpondo o exposto, para a realidade do serviço onde exerço a minha actividade, posso afirmar que as pessoas idosas constituem um segmento etário expressivo. Este facto pode ser facilmente comprovado pela “análise global da actividade assistencial”, no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2002 e 31 de Dezembro de 2007. Durante o período considerado, 94% das admissões corresponderam a pessoas idosas (Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão do HRCPP).

Normalmente, o internamento da pessoa idosa na UCI ocorre de forma abrupta, sendo precedido de comprometimentos orgânicos, presentes e potenciais, que colocam a sua vida em risco. A gravidade da situação clínica e a necessidade de administrar hipnóticos e sedativos condiciona a autonomia e a participação activa da pessoa idosa no processo de decisão, de acordo com a sua vontade pessoal, convicções e valores. Num determinado período de tempo, esta pessoa fica total ou parcialmente dependente daqueles que cuidam e da decisão dos seus familiares, exercida por direito. Quando desperta, depara-se com um ambiente desconhecido e impessoal em que tudo acontece e se altera rapidamente. O seu corpo encontra-se permanentemente conectado a tubos e a máquinas. A sua intimidade é involuntariamente partilhada e invadida por pessoas estranhas. Para além da dor física, provocada pela doença e técnicas terapêuticas, também está sujeita à dor causada pelo afastamento da família e amigos, pela incerteza e perda de controlo. A imposição dos procedimentos terapêuticos, das rotinas e normas do serviço limitam a possibilidade da pessoa idosa desenvolver estratégias que favoreçam a sua adaptação ao ambiente desconhecido. Deste modo, numa fase da vida em que necessita se sentir valorizada, de viver com dignidade, tranquilidade e receber o carinho dos seus familiares (Leite, 2007), a pessoa idosa encontra-se isolada, num ambiente que pode gerar sofrimento e ansiedade.

A convivência com esta realidade permite-me testemunhar como o internamento da pessoa idosa em uma UCI assume um cunho particular, pela probabilidade de intensificação da fragilidade e vulnerabilidade que a caracteriza. Martins e Nascimento (2005) esclarecem que as agressões externas provocadas pelo ambiente da UCI podem potenciar as dificuldades de reacção orgânica e psicológica da pessoa idosa. Ermida (1999) reforça esta ideia mencionando que qualquer agressão à integridade da pessoa idosa, ainda que mínima, pode ter como consequência um desequilíbrio global e irreparável. Neste contexto, não podemos desvalorizar o facto de que cada pessoa é um ser no mundo, que vive experiências únicas que marcam a sua individualidade (Watson, 2002). Consequentemente, o contexto de vida longo e único da pessoa idosa, determinado por uma diversidade de factores genéticos e psicossociais, são susceptíveis de prejudicar, ou favorecer a sua adaptação ao meio (Cordeiro, 1999). Este facto implica na consciencialização

de que as pessoas idosas constituem um grupo heterogéneo (Ermida, 1999), o que explica a diversidade de respostas e reacções diante dos mesmos estímulos.

Na sociedade em geral, existem mitos que encaram a pessoa idosa de uma forma negativa, porque focam essencialmente as perdas e os défices deste grupo etário, como a doença, a dependência, a solidão, o encargo e a reforma. Partilho a opinião de que é tempo de um paradigma novo, em que devemos acolher, compreender e construir uma imagem positiva das pessoas idosas. Este desafio implica em que o envelhecimento, a doença e a dependência deixem de ser percebidas como inimigos e sejam aceites como parte de um percurso da vida. Ao abrir caminho para novos modos de ver e agir com e para a pessoa idosa, estamos a valorizar a experiência profissional, entendida como “uma fonte de conhecimento que os livros não trazem, os enfermeiros não dizem e os professores não investigam” (Costa, 2006:11). Se a ciência nasce da vontade de saberes e a medicina nasce da vontade de servir, então, podemos dizer que a enfermagem nasce da vontade de cuidar. O saber e o cuidar traduzem numa linguagem científica e técnica o modo de ser da Enfermagem, na medida em que as suas competências são postas ao serviço do ser humano (Carvalho, 1996). Ninguém questiona a valorização da dimensão técnica do cuidado no contexto intensivo, principalmente quando a continuidade de uma vida pode ser decidida em função dela. O que pode ser questionado é a sua sobreposição à dimensão humana, menosprezando o encontro entre a pessoa que cuida e a que necessita de ser cuidada, em que ambas se complementam e enriquecem com as experiências vividas (Silva, 1997b).

Considerando o exposto, o cuidado à pessoa idosa representa um desafio à criatividade e à inovação na construção de soluções, inspiradas em abordagens integradoras, dignificantes e humanizadas (Costa, 2006). Neste âmbito, conhecer as interrogações e reflexões das situações de cuidado, expressas pelos (as) enfermeiros (as) da prática, é imprescindível para reconstruir saberes e reencontrar o sentido original do cuidado de enfermagem (Collière, 2003).

1.2. O CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

Qualquer referência ao cuidado de enfermagem no presente torna indispensável um breve retorno ao seu passado. Os inúmeros referenciais teóricos que emergiram sobre o cuidado e se consolidaram, objectivaram esclarecer e desenvolver uma compreensão do seu significado num determinado momento histórico. Neste percurso, destaco abordagens sobre o cuidado de enfermagem em UCI, que na actualidade reintegra diferentes saberes para subsidiar e transformar a prática quotidiana dos (as) enfermeiros (as), de forma a não se distanciarem da verdadeira essência da disciplina profissional.

1.2.1. Abordagem Teórica do Cuidado

O cuidado deve ser entendido na linha da essência humana e deve estar presente em tudo o que empreendemos ao longo da vida numa aura de reverência e de respeito por tudo o que existe e vive (Boff, 1999). Para a enfermagem em particular, a reflexão em torno da natureza do cuidado é essencial como disciplina e profissão. Questões de natureza filosófica, como: O que é cuidado? Como é este cuidado? Como são os seres que cuidam e os que são cuidados?, evidenciam o amadurecimento na construção deste conhecimento. Conforme Silva (1995), o cuidado de enfermagem sistematizado e formal, direccionado ao ser humano em sua interacção com o meio ambiente teve origem com Florence Nightingale, no final do século XIX. A autora refere que o saber nightingaleano se destacou pelas suas bases humanísticas e holísticas, como também pela articulação da arte, ciência e espiritualidade. Todavia, ainda segundo a autora, o processo histórico evidencia que a Enfermagem pós-nightingaleana, ao optar pelo modelo biomédico se distanciou de suas bases fundamentais. As actividades de cunho terapêutico, enfocando a doença passaram a ser privilegiadas e a pessoa deixou de ser o centro de atenção.

No entanto, a partir da segunda metade do século XX, a Enfermagem procurou recuperar as suas bases e avançar no processo de construção do seu próprio corpo de conhecimento (Silva, 1995). O estudo do cuidado na Enfermagem teve início com Leininger, na década de 70 do século passado, ao elaborar a Teoria do Cuidado Transcultural. Esta autora conceituou o cuidado como assistir o indivíduo nas suas necessidades bio-psico-sócio-económicas e espirituais, respeitando as suas similaridades e diferenças, de acordo com seus valores e crenças. Leininger diferenciou o conceito de cuidar/cuidado. O Cuidado (substantivo) refere-se ao fenómeno abstracto e concreto, estando relacionado aos actos de assistência, de apoio ou de capacitação, para ou por outros com o objectivo de melhorar a condição ou modo de vida humana ou para se defrontar com a morte. O Cuidar (verbo) é relativo às acções e actividades que objectivam o assistir, apoiar ou capacitar indivíduos ou grupos que tenham necessidades de melhorar a condição ou modo de vida humana ou mesmo para se defrontar com a morte (Leininger, 1995).

O cuidado como o atributo mais valioso que a Enfermagem pode oferecer à humanidade, também vem sendo perseguido com determinação pela teórica Jean Watson. Ao elaborar a Teoria do Cuidado Transpessoal, a autora traz uma nova visão do cuidado numa época em que este se encontra ameaçado pelo predomínio do carácter científico e da alta tecnologia. Na concepção de Watson (2002), o cuidado transpessoal é a essência e o ideal moral de um estilo de enfermagem em que a dignidade humana e o humanismo são preservados. No momento do cuidado, através da intencionalidade e da presença, há uma interconexão entre quem cuida e quem é cuidado, para que se desenvolva um cuidado efectivo que contemple o ser total, mente-corpo-espírito, produzindo bem-estar e harmonia. Nessa relação, Watson (2002) explicita que enfermeiro (a) e pessoa cuidada partilham um campo fenomenológico que transcende o *self*, o

tempo, o espaço e a história de vida de cada uma; ambos são co-participantes num processo de serem e de se tornarem no agora e no futuro.

Paterson e Zderad (1979) também elaboraram a Teoria Humanista, voltada para a humanização do cuidado e para a importância de se estabelecer uma relação interpessoal efectiva que vai para além da técnica. Esta teoria evoca o pensamento existencialista numa visão de saúde holística, pois considera o ser humano como alguém singular, dotado de auto percepção, liberdade, responsabilidade, que busca encontrar sua própria identidade nesse contacto consigo e com os demais. A teoria humanística, considerada como um diálogo vivo, preocupa-se com o potencial humano e traz novos conceitos que permitem olhar o cuidado como: encontro, relação, presença, chamada e resposta, objectos, tempo e espaço. Na prática, esta teoria humanística depende da experiência, concepção, participação e do ponto de vista particular de cada enfermeiro (a) em relação às suas vivências no mundo e na enfermagem. A teoria considera que a ciência da Enfermagem é desenvolvida a partir das experiências vivenciadas pelo (a) enfermeiro (a) e pela pessoa que recebe o cuidado. É uma experiência de um verdadeiro partilhar, em que ambos (as) estão envolvidos (as) a encontrarem-se, a relacionar-se, a estar com, na procura conjunta do 'bem-estar' e do 'estar-melhor'.

Destaco ainda, a Teoria do Cuidado Transdimensional desenvolvida por Silva (1997a), que concebe o cuidado em uma cosmologia de possibilidades e realidades que extrapolam o processo saúde-doença. Tem como foco a vida em todas as suas formas de expressão, e como meta a complexidade crescente de expressão da consciência e qualidade de vida do planeta. Engloba as dimensões sagradas de ser e viver, incorporando a arte, a ciência e a espiritualidade. Contempla os conceitos de imanência, transcendência e cosmologia.

Segundo Waldow (2006), o cuidado é um fenómeno existencial, relacional e contextual. Existencial porque faz parte do ser, lhe confere a condição de humanidade; relacional porque se revela na co-existência com outros seres; contextual porque assume variações, intensidades, diferenças nas maneiras e expressões de cuidar conforme o meio em que ocorre. Na opinião da autora, visualizar o cuidado como um modo de ser, relacional e contextual transforma-o na única acção verdadeiramente independente da enfermagem. Ao contrário das terapêuticas, intervenções e procedimentos, o cuidado não pode ser prescrito. Não se prescreve um modo de ser, não se ditam ou criam normas de cuidar, ou maneiras de se comportar. Eles podem ser sugeridos, aconselhados, recomendados, mas nunca prescritos.

Na tentativa de clarificarem o conceito de cuidado, Morse et al (1991) ao examinarem a literatura da Enfermagem norte-americana, identificaram trinta e cinco definições de cuidado e as características principais de suas perspectivas. A análise destas definições evidenciou cinco categorias: *o cuidado como característica humana*, que é inato, necessário à sobrevivência e constitui um fundamento da sociedade, varia de pessoa para pessoa, de acordo com as diferentes experiências de vida, com o ambiente e a cultura que a envolve; *o cuidado como imperativo moral*, que não se limita a um conjunto de comportamentos e características visíveis, mas engloba um empenho pessoal em manter a dignidade e integridade moral da

pessoa cuidada; *o cuidado como afecto*, que é descrito como emoção, sentimento de compaixão ou empatia e favorece a intimidade entre enfermeiro (a) e pessoa cuidada; *o cuidado como interacção interpessoal*, que significa acção e enriquecimento mútuo, quando ambas as partes são comunicativas, confiantes, respeitosas e comprometidas uma com a outra; *o cuidado como intervenção terapêutica*, que inclui todas as intervenções de enfermagem que permitem assistir a pessoa cuidada.

Podemos constatar pelo exposto, que ao longo do tempo, foram desenvolvidas diversas correntes de pensamento com a intenção de construir um corpo de conhecimento autónomo e explicitarem a essência do cuidado de enfermagem. No entanto, Morse (1995) afirma que grande parte do conhecimento de Enfermagem desenvolvido não está sendo utilizada no contexto clínico. As diversas definições de cuidado demonstram a complexidade, a falta de clareza e especificidade deste conceito, o que dificulta a sua operacionalização na prática (Silva, 1997b). Actualmente a enfermagem passa por uma fase de discussão e questionamento do seu conhecimento. O pluralismo, a diversidade e a interdisciplinaridade de algumas abordagens conduz a que os profissionais convivam com uma heterogeneidade de ideias no processo de cuidado (Waldow, 2008). Deste modo, conhecer as diferentes concepções do cuidado, a partir de teóricos (as) e investigadores (as), pode contribuir para que os (as) enfermeiros (as) que exercem a sua actividade numa UCI, não percam de vista a essência do cuidado humano na experiência de ser, existir e viver em um mundo contraditório e em transformação.

1.2.2. Abordagem do Cuidado de Enfermagem em UCI

O hospital como organização heterogénea e complexa inclui uma grande variedade de serviços que possuem características muito próprias. Neste espaço, a UCI é considerada um serviço destinado ao atendimento de doentes críticos, potencialmente recuperáveis, que exigem uma atenção permanente e cuidados especializados (Moreno, 2000). Consequentemente, estas unidades requerem um apoio logístico diferenciado e um apoio humano qualificado. A utilização de recursos tecnológicos avançados e a competência no domínio da técnica são elementares para o cuidado desenvolvido em uma UCI, porém não podem ser mais significativos que a essência humana (Vila e Rossi, 2002). É preciso “saber combinar a inteligência instrumental-analítica, donde vem o rigor científico, com a inteligência emocional-cordial, donde derivam as imagens e os mitos” (Boff, 1999:37). As emoções e os sentimentos são uma forma de vinculação ao outro, ao mundo e a nós próprios, conferem ao acto de cuidar o encanto, o sentido, o impulso e a motivação que preenche o vazio dos actos técnicos, sem esses efeitos tudo será baço e frio (Diogo, 2006). Assim sendo, a utilização da tecnologia no cuidado só tem sentido, se estiver integrada no processo relacional e forem resguardados os princípios técnicos e humanos indispensáveis à manutenção e valorização da vida (Bettinelli, Waskiewicz, Erdmann, 2003). Contudo, Moniz (2003) destaca a dificuldade em ultrapassar a influência dos modelos da racionalidade técnica na prática de enfermagem quotidiana. Quando

o cuidado se desenvolve em uma UCI, esta afirmação ganha uma ênfase particular muito destacada na literatura.

Nascimento e Trentini (2004) afirmam que a impessoalidade, a falta de privacidade, o isolamento social, a tecnologia e o tecnicismo predominantes nas UCIs influenciaram a forma de estar e o cuidado desenvolvido pelos (as) enfermeiros (as). Vila e Rossi (2002) consideram que os mesmos ainda são orientados pelo modelo biomédico, cuja atenção está voltada para a patologia e procedimentos técnicos, desvalorizando os aspectos relacionais. Na opinião dos autores, o aspecto humano do cuidado de enfermagem é um dos mais difíceis de ser implementado. A rotina faz com que os membros da equipa de enfermagem se alienem, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente. Martins e Nascimento (2005) sustentam que a relação estabelecida entre enfermeiros (as), pessoa cuidada e familiares é verticalizada, fragmentada e centrada no conhecimento estruturado, nas normas e rotinas. Na opinião de Collière (1989), o afastamento do envolvimento humano na prática da enfermagem nestes “serviços de ponta” pode ser atribuído à complexidade das actividades que absorvem todo o seu tempo e mobilizam unilateralmente toda a sua competência. Neste sentido, a autora considera a hipertecnicidade e o saber altamente especializado, como a expressão do poder redutor do cuidado.

Caetano et al (2007) acentuam que as acções desenvolvidas pelos profissionais que actuam na UCI apresentam um enfoque mais técnico do fazer, esquecem o cuidar como característica humana, baseada na afectividade, no conhecimento de valores, habilidades e atitudes empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades da pessoa doente. Honoré (2004) sublinha, ainda, que o agir cuidador orientado apenas para a cura de uma patologia a partir de uma abordagem bio-ciêntífica da vida, não esgota totalmente o seu sentido, nem para os que cuidam, nem para os que são cuidados. Mesmo em serviços onde a intervenção puramente técnica tem primazia, são sempre seres humanos na sua existência que agem para com outros seres humanos, também eles na sua existência. Ao ponderar sobre esta questão, Bettinelli (2002) realça que, se por um lado o desenvolvimento científico e tecnológico vem promovendo novas formas de viver com maior conforto, inúmeras possibilidades e esperanças, por outro lado, tem gerado questionamentos, temores e desafios éticos.

Face ao exposto, parece existir nas UCI um esquecimento da forma como a nossa actuação toca a dignidade e a liberdade do outro, pelo que se impõe um questionamento sobre a perspectiva do cuidado de enfermagem. De acordo com Honoré (2004), a compreensão do cuidado deriva do modo como este é perspectivado e do sentido que lhe é dado. Para o autor, a *perspectiva* revela a maneira como o cuidado se abre ao pensamento e à actividade de alguém, ao mesmo tempo que o seu olhar se dirige para além daquilo que retém e está habituado a ver. Quanto ao *sentido* de uma acção de cuidado, o autor refere que este é sempre singular, próprio de cada um que vive a experiencia e evolui com o tempo e as situações. Previsivelmente, é inútil e perigoso tentar definir uma perspectiva de cuidado autêntica e válida para todos.

Os autores citados anteriormente apelam para um olhar sobre as questões da humanização e relações interpessoais. As intervenções essenciais do cuidado de enfermagem devem assentar em valores associados a uma alta consideração pela autonomia e liberdade da pessoa, em que os seus valores culturais, as suas escolhas e desejos expressos devem ser respeitados (Watson, 1985). Nesta perspectiva, Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2003) advogam que vivenciar o cuidado humanizado não inclui somente atribuições técnicas ou uma relação verticalizada entre profissional e pessoa doente. Abrange igualmente a capacidade de perceber e acolher o ser humano na sua integralidade e compreender a forma como se constrói a sua identidade e a sua própria história de vida. Numa relação de cuidado, o profissional deve estar presente por inteiro, dar o melhor de si, prestigiar a experiência e os conhecimentos do outro.

Backes, Koerich e Erdmann (2007) sublinham que a vivência do cuidado humanizado reforça o compromisso pessoal e colectivo na concretização de práticas capazes de resgatar a dimensão humana nos diferentes espaços e expressões. Sendo assim, as atitudes e acções do cuidado em enfermagem não podem ser prescritas ou especificamente atribuídas. Na opinião de Watson (1985), dependem das circunstâncias únicas que rodeiam cada situação, porque o cuidado é sempre compreendido num contexto.

Valorizando o contexto em que o cuidado é desenvolvido, Almeida (2003) salienta que o papel dos (as) enfermeiros (as) nas unidades de saúde não pode ser homogéneo, nem passível de uma radical uniformização. As estruturas específicas, a organização do cuidado, os estilos de liderança, a cultura dominante nos vários tipos de serviços condicionam o exercício e a visibilidade social dos profissionais de enfermagem (Basto, 1998). Consequentemente, o contexto da prática caracteriza-se por ser o local onde se percebem as diferenças no exercício profissional, mas também, onde se constroem as competências do saber ser, saber fazer e saber transformar-se. Neste caminho, a integralidade do cuidado mostra-se como uma questão aberta que nos instiga à reflexão. De acordo com Sousa e Erdmann (2008), enfrentar a questão da integralidade faz-nos rejeitar a linearidade e a redução das práticas de cuidado à objectividade do Ser Humano. Ressalta-se a visão do todo que é diferente da mera soma dos elementos que constituem as partes. Reconhece-se o ser humano como um ser de trocas e de complexas interacções em uma teia dinâmica e mutante. Sob esta perspectiva o cuidado requer um saber que possibilite a mudança para um novo modo de fazer. Para isso o “ser humano precisa voltar-se sobre si mesmo e descobrir seu modo-de-ser-cuidado” (Boff, 1999:99). No entanto, o cuidado é por natureza multidisciplinar resulta do somatório do saber e fazer de vários profissionais que se vão complementando. No sentido, de reduzir esta fragmentação das práticas e alcançar o ser humano nas diferentes dimensões, a interdisciplinaridade e integralidade apresentam-se como ferramentas desejadas, muito embora ainda incipientes no sistema de cuidados (Sousa e Erdmann, 2008). As autoras consideram que é a partir do diálogo, da partilha de experiências e conhecimentos proporcionado pelos diferentes campos do saber que se poderão construir novas formas de agir. Estas condições exigem ultrapassar as fronteiras disciplinares que permeiam o cuidado em saúde.

Posso concluir, reconhecendo que na sociedade contemporânea, em que as mudanças em todos os domínios são profundas, abrangentes e rápidas, também o cuidado de enfermagem não se mostra estático. Neste contexto, torna-se imperioso conhecer como respondem os (as) enfermeiros (as) que exercem a sua actividade em uma UCI, aos apelos da mudança, nos quais se insere o cuidado à pessoa idosa.

1.2.3. Cuidado de Enfermagem: Estudos Exploratórios

Nas últimas décadas, um número crescente de estudos evidencia a necessidade de um cuidado centrado na pessoa idosa em diversos contextos. Porém, quando nos reportamos ao cuidado da pessoa idosa numa UCI, constatamos que existe uma lacuna expressiva, o que justifica a valorização e exploração do tema. Dos poucos estudos encontrados, destaco “O idoso hospitalizado na unidade de terapia intensiva: o cuidar e os cuidados de enfermagem”, desenvolvido por Barbosa (2006). Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório descritivo, desenvolvido no Brasil, que permitiu identificar as necessidades de cuidados de enfermagem de pessoas idosas internadas na UCI e as condições do ambiente, essenciais para a sua recuperação. Os dados analisados subsidiaram a criação de uma metodologia de cuidados a este grupo etário, internado na UCI, com o propósito de uma melhor recuperação e a garantia de uma melhor qualidade de vida na unidade.

Na mesma perspectiva, Almeida (2004), no seu estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, objectivou estudar as condições de internamento da pessoa idosa numa UCI, no Brasil, propondo acções que atendam o seu direito de cidadania e as suas necessidades para a qualidade de vida. Apesar de este estudo não aprofundar as questões relativas ao envelhecimento, permitiu concluir que na UCI existe a preocupação com o atendimento das necessidades específicas desta população.

Apesar das inúmeras possibilidades terapêuticas e diagnósticas que uma UCI dispõe, as complicações que inviabilizam a expectativa de recuperação da pessoa idosa são inegáveis. Esta ocorrência tornou-se relevante no estudo de Brum, Tocantins e Silva (2005) que teve como objectivo reflectir sobre o significado da acção de cuidar o idoso sem expectativa de recuperação. Desenvolvido em uma UCI, no Brasil, este estudo qualitativo de abordagem fenomenológica compreensiva, permitiu compreender a acção do (a) enfermeiro (a) e identificar, na sua perspectiva, o apoio emocional, o alívio da dor e a comunicação, como as necessidades de cuidado da pessoa idosa internada na UCI.

Enfocando a idade como um dos factores que suscita alguns questionamentos relativamente à aplicação dos recursos na UCI, Ciampone, Gonçalves, Maia e Padilha (2006) tiveram interesse em investigar a influência da mesma nos investimentos terapêuticos. Assim, este estudo de abordagem quantitativa, realizado no Brasil, teve como objectivo comparar as necessidades de cuidado de enfermagem e as intervenções terapêuticas realizadas em pessoas idosas e não idosas, internadas em UCI, segundo o Nursing Activities Score (NAS). Os resultados permitiram concluir que, à semelhança de outros estudos

internacionais, o internamento de pessoas idosas na UCI é predominante e que a maioria delas apresenta doenças crónicas pré-existentes. Quanto às necessidades de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas recebidas, foi interessante constatar que não houve diferença entre as pessoas idosas e não idosas. Ficou demonstrado que, independentemente da idade, a equipe multidisciplinar não mede esforços no sentido de recuperar as condições clínicas de todos os doentes admitidos na UCI.

Conscientes do aumento significativo de pessoas idosas internadas na UCI, Martins e Nascimento (2005) sentiram necessidade de reflectir sobre o modo como é desenvolvido o cuidado a este grupo etário. Enquanto enfermeiras numa UCI e como docentes, perceberam que a pessoa idosa ainda é cuidada de um modo semelhante a qualquer pessoa adulta, sem consideração pelas suas peculiaridades, suas alterações orgânicas, psicológicas e sociais. Deste modo, a partir das suas vivências, destacaram as tecnologias duras, leve-duras e leves, utilizadas no cuidado à pessoa idosa em UCI. Concluíram que, na prática, o cuidado à pessoa idosa é norteado pelo paradigma positivista. A adopção de uma postura de aproximação sustentada numa relação dialógica é ainda um processo de mudança muito lento. Na opinião das autoras, o cuidado será humanizado se houver cumplicidade entre a pessoa idosa e os profissionais em defesa da vida e da qualidade do cuidado, utilizando o que a tecnologia em saúde nos oferece de melhor: o nosso saber, o nosso conhecimento e a nossa relação com o outro.

Os estudos apresentados constituem importantes subsídios para se alcançar uma nova visão a respeito da problemática que envolve a pessoa idosa internada em UCI, levando os profissionais de enfermagem a repensarem a sua prática diária em benefício de um cuidado qualificado voltado especificamente para este grupo etário. No entanto, considero igualmente relevante apresentar o contributo de alguns estudos sobre o cuidado à pessoa idosa noutros contextos.

A especificidade do cuidado inerente à pessoa idosa foi a razão que motivou o estudo de Costa (2006), desenvolvido em Portugal. Compreender o processo de construção de competências geriátricas de enfermeiros (as), em contexto de trabalho, constituiu a finalidade centralizadora do seu estudo etnográfico. Em síntese, concluiu que o processo de produção de competências geriátricas de enfermeiros (as) se constrói não só a partir do enquadramento intraprofissional (enfermeiros (as) e seus percursos de formação), mas também com o contributo das interações que ocorrem e se estabelecem no universo e contexto profissional e de outros universos socioculturais, numa relação de complementaridade. Demonstra também a necessidade de desenvolver estratégias formativas que impliquem a cultura do trabalho de equipa, no qual é importante considerar o papel da pessoa idosa.

Outros autores evidenciam a necessidade de desenvolver um cuidado centrado nas pessoas idosas, desmistificando mitos e estereótipos que podem levar enfermeiros (as) a desvalorizar as suas capacidades e a não aceitarem estas pessoas como parceiras. Neste sentido, Gomes (2007), ao estudar “O conceito de parceria na interacção enfermeiro / doente idoso”, em Portugal, concluiu que as representações positivas que enfermeiros (as) têm das pessoas idosas ajudam a vê-las como parceiras. As situações que facilitam a

parceria são aquelas que não fogem da rotina, como os cuidados de higiene ou posicionamentos. Por outro lado, as representações negativas das pessoas idosas levam os (as) enfermeiros (as) a subvalorizar as suas capacidades e a não as reconhecerem como parceiras.

O estudo exploratório descritivo de Almeida (1999), desenvolvido em Portugal, teve como objectivo geral: auscultar a opinião de enfermeiros (as) sobre os cuidados de enfermagem desenvolvidos com as pessoas idosas, nas unidades de internamento de um hospital central. Constatou que os (as) enfermeiros (as) dão prioridade aos cuidados de manutenção da vida, nomeadamente os cuidados físicos, com ênfase na higiene e conforto. As atitudes favoráveis observadas durante o processo de cuidado foram: respeito pela privacidade do doente, manifestações de carinho, respeito pelas preferências do doente. Das atitudes negativas registou a infantilização, imposição de cuidados e o uso da intimidação.

O estudo de Leite (2007), desenvolvido no Brasil, evidenciou que o cuidar/cuidado de pessoas idosas constitui uma construção social, em que há padrões no discurso simbólico dos profissionais de enfermagem, resultado da interacção com as pessoas idosas internadas. Concluiu que a vivência da equipa de enfermagem no processo de cuidar destas pessoas no hospital requer conhecimentos do processo de envelhecimento, políticas de atenção, promoção do envelhecer saudável, prevenção de incapacidades, tratamento de morbididades e reabilitação, visando um novo modo de exercer a sua prática.

O cuidado desenvolvido na UCI é efectivo na recuperação de muitas vidas. Contudo, em muitos momentos apresenta-se de uma forma dialéctica entre o cuidado centrado na complexidade do ser humano e o domínio da técnica. Este facto motivou Lucena e Crossetti (2004) a desenvolverem, no Brasil, um estudo qualitativo de abordagem fenomenológica que permitisse compreender o significado do cuidar no mundo eminentemente técnico da UCI, na visão dos (as) enfermeiros (as). O cuidar emergiu sob a forma de dezasseis preposições, que revelaram uma acção da enfermagem norteadada pela expressividade do Ser humano, demonstrando que a UCI não é apenas um local onde se desempenham actividades profissionais, técnicas e científicas, mas também, um local onde as pessoas têm a possibilidade de viver sob um contexto humanizado.

De igual modo, Vianna e Crossetti (2004) com base no referencial de Watson desenvolveram um estudo qualitativo, no Brasil, com o objectivo de compreender como os cuidadores de enfermagem percebem o cuidar de si e do outro em UTI. O referencial adoptado mostrou-se um caminho possível para a construção de um mundo de cuidado na UTI que contemple o cuidado de todos os que o fazem acontecer.

Nos últimos anos, a humanização do cuidado em UCI tem sido um assunto bastante abordado, em decorrência de uma maior consciencialização e preocupação dos profissionais de saúde. Salicio e Gaiva (2006) desejaram compreender o significado da humanização do cuidado para enfermeiros (as) que actuam em UCI. Este estudo descritivo, de abordagem qualitativa permitiu concluir que apesar de os (as) enfermeiros (as) reconhecerem a importância de se desenvolver um cuidado integral, ainda convivem no seu quotidiano de trabalho com inúmeras dificuldades para efectivar o cuidado humanizado.

Pinho e Santos (2008) também procuraram desvelar as contradições no cuidado humanizado do (a) enfermeiro (a) na UCI. Ao desenvolverem um estudo qualitativo de orientação dialéctica, verificaram que o cuidado humanizado está inserido numa complexa teia, em que o *saber cuidar* parece estreitar os vínculos e o *fazer cuidar* segue uma estratégia impessoal. A dissociação entre o saber e o fazer também contempla as dificuldades em lidar com os encargos de sofrimento e as limitações profissionais e institucionais. Concluíram que o conhecimento dessa realidade constitui um novo velho desafio ao (à) enfermeiro (a), em busca da constante (re) construção da enfermagem em termos de práticas, saberes e relações.

O significado cultural do cuidado humanizado em UCI é revelado no estudo de Vila e Rossi (2002) como algo muito falado e pouco vivido. O referido estudo, desenvolvido no Brasil, aponta para o conceito de humanização, sintetizado pelos profissionais na expressão: amar ao próximo como a si mesmo, não é o mesmo revelado na prática de enfermagem. Asseguram que não existe a possibilidade de o (a) enfermeiro (a) desenvolver um cuidado humanizado ao doente crítico se não cuidar de si mesmo (a) como pessoa. A expressão “é preciso cuidar de quem cuida revela a problematização dos aspectos da UCI para a prática da enfermagem.

Esta constatação reflecte-se igualmente no estudo realizado por Barbosa e Azevedo (2006) que pretendeu conhecer os significados e as percepções sobre o cuidado de enfermagem na UCI, segundo a visão de enfermeiros (as), doentes e familiares acompanhantes. Este estudo qualitativo, realizado no Brasil, permitiu concluir que o discurso dos (as) enfermeiros (as) converge para as necessidades de doentes e de familiares. Sugerem a possível reorganização dos saberes e das práticas em torno da construção de um atendimento humanizado, diminuindo a atenção biomédica, fragmentária, e concebendo a pessoa como um todo, singular, dotado de corpo, mente, espírito e relações sociais. Relativamente ao discurso dos (as) participantes que experienciam o cuidado de enfermagem, sentiram que ele dá vazão às suas necessidades psicoemocionais durante o processo de internamento na UCI. Perceberam que a UCI pode servir como cenário de inquietações e inseguranças para pacientes e familiares, assim como um espaço de redimensionamento das habilidades pessoais para que os (as) enfermeiros (as) possam lidar melhor e de uma maneira mais humanizada com os encargos do sofrimento gerado pela condição de doença grave. Desta forma, consideram que o cuidado na UTI contempla uma mistura de expectativas e possibilidades que promovem a constante transformação do contexto de cuidado das pessoas que nele trabalham e das pessoas cuidadas.

A revisão da literatura apresentada evidencia estudos com diferentes objectivos, abordagens e conclusões. No entanto, todos têm em comum a consciencialização, a responsabilidade e o compromisso ético de construir um conhecimento que vise resgatar o sentido do agir profissional integral, diferenciado e humanizado.

Capítulo 2

Podemos escolher em buscar mais acerca do privado, do mundo íntimo do cuidar e das experiências humanas interiores, em vez de nos concentrarmos no mundo público das técnicas de cura e no comportamento externo.

Jean Watson



2. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

A problemática do estudo subentende a escolha de um referencial que possa descrever e interpretar o cuidado à pessoa idosa enquanto experiência vivida pelos (as) enfermeiros (as) numa UCI. Este questionamento implica em que o meu olhar se volte para a originalidade da experiência vivida, considerando a subjectividade e a complexidade do ser humano. Nesta perspectiva, a abordagem fenomenológica pareceu ser adequada e compatível com o meu interesse, uma vez que procura descobrir a essência dos fenómenos, a sua natureza intrínseca e o sentido que os humanos lhe atribuem (Van Manen, 1990).

Na corrente fenomenológica podem ser distinguidas três grandes linhas: a transcendental, a existencial e a hermenêutica. Apesar de divergentes no modo de compreensão do significado da experiência vivida, existe algo comum a todas elas, que é a sua dívida original a Edmund Husserl, o líder mais proeminente do movimento fenomenológico. Contrariamente à concepção positivista, Husserl defendeu a construção de uma ciência rigorosa para as experiências vividas, sem seguir os modelos da física clássica, em que os seres humanos são considerados objectos passíveis de serem reduzidos a factos e as suas atitudes vistas como possíveis reacções (Martins, Boemer e Ferraz, 1990). A fenomenologia de Husserl pretendeu, assim, readquirir a originalidade do sujeito, o que a humanidade tem de mais genuíno, a que o filósofo chamou “mundo da vida”. Posteriormente, surgiram outras correntes que, embora influenciadas pelo trabalho de Husserl, romperam com o seu sistema de pensamento. Um dos mais influentes discípulos de Husserl foi o filósofo alemão Martin Heidegger, para o qual a existência humana se mostra pelo *ser-no-mundo*. Para Heidegger, o mundo possui uma existência concreta que resiste aos nossos projectos e nós existimos simplesmente como parte dele, como *ser-no-mundo*, cujas projecções se fazem pelo tempo e pela linguagem (Martins, Boemer e Ferraz, 1990). A sua investigação filosófica é descrita como uma “hermenêutica do Ser”, sendo que a palavra hermenêutica significa literalmente a ciência da interpretação, para distingui-la da “fenomenologia transcendental” de Husserl.

Actualmente, a abordagem fenomenológica é muito vasta e apresenta muitas variantes de acordo com o pensamento filosófico que a sustenta. Dependendo da perspectiva que se deseja investigar, a sua natureza dinâmica e as interpretações evolutivas proporcionam aos investigadores uma variedade de opções. A abordagem que servirá de orientação para este estudo será a fenomenologia hermenêutica do educador norte-americano, Max Van Manen. Influenciado pelo movimento europeu e alguns estudos na América do Norte, Van Manen (1990) direccionou a sua interpretação fenomenológica para a pesquisa e escritos na ciência humana. Oferece um conceito de pesquisa baseado numa perspectiva pedagógica, com seu ponto de partida na experiência vivida no quotidiano. Num sentido mais amplo, para Van Manen (1990), a fenomenologia é a filosofia ou a teoria do único; ela está interessada no que é essencialmente insubstituível. A hermenêutica, de acordo com o autor, é o estudo interpretativo das expressões e

objectivações dos textos da experiência vivida, na tentativa de determinar os seus significados. A noção que permeia a sua abordagem é que a pesquisa fenomenológica interpretativa não pode ser separada da prática textual da escrita. O modelo fundamental é a reflexão textual das experiências vividas e acções práticas do quotidiano. Para uma melhor compreensão da abordagem fenomenológica, Van Manen (1990) descreve oito temas, que constituem os fundamentos do pensamento fenomenológico e seis etapas que definem a estrutura do método fenomenológico hermenêutico.

2.1. FUNDAMENTOS DO PENSAMENTO FENOMENOLÓGICO

1) *A pesquisa fenomenológica é o estudo da experiência vivida*

A investigação fenomenológica tem início no mundo vivido e objectiva uma compreensão mais profunda da natureza ou significado das nossas experiências quotidianas. Tem como ponto de partida os nossos questionamentos sobre a forma como nós experienciamos o mundo pré-reflexivamente. Para Van Manen, a fenomenologia pergunta, “O que é este ou aquele tipo de experiência?”. O resultado da investigação é o como um “*insight*”, que nos traz um contacto mais directo com o mundo, ao invés das explicações teóricas que, por uma abstracção imposta, nos distancia do mundo vivido.

2) *A pesquisa fenomenológica busca compreender como o fenómeno se apresenta à consciência*

A consciência é o único acesso que os seres humanos têm com o mundo. Consequentemente, ser consciente é ser, de alguma forma, consciente de algum aspecto do mundo, o que Husserl chamou de intencionalidade. A fenomenologia, então, encoraja uma certa consciência atenta para os detalhes e dimensões da vida quotidiana. Neste sentido, não importa se o objecto é real ou imaginado, empiricamente mensurável ou subjectivamente sentido. Contudo, como colocou Van Manen, é importante perceber que a consciência em si não pode ser descrita directamente, tendo em vista que tal descrição reduziria a ciência humana ao estudo da consciência ou ideais, à falácia do idealismo. Van Manen também discordou da abordagem husserliana, ao afirmar que o mundo em si, sem referência para a pessoa ou consciência que o experiencia, não pode ser directamente descrito; tal abordagem levaria à falácia do realismo. Destacou igualmente que ninguém pode reflectir sobre a experiência enquanto a está vivendo, pelo que a reflexão fenomenológica é de natureza retrospectiva, ao invés de introspectiva.

3) A Pesquisa fenomenológica é o estudo das essências

A essência de um fenómeno é um universo que pode ser descrito através do estudo da estrutura que governa as instâncias ou manifestações particulares da essência daquele fenómeno (Van Manen, 1990). A essência ou natureza de uma experiência é adequadamente descrita, quando a sua descrição nos mostra de uma forma profunda a qualidade e significância vivida da experiência. A fenomenologia apela para a nossa experiência comum e imediata, com vista a conduzir uma análise estrutural do que é mais comum, mais familiar e mais auto-evidente para nós.

4) A pesquisa fenomenológica é a descrição dos significados, como nós os vivemos

Apoiando-se em Heidegger, Van Manen (1990) defendeu que toda descrição é em última instância uma interpretação. Portanto, para o autor, a fenomenologia é uma hermenêutica no significado primordial da palavra, que visa descrever e interpretar os significados da experiência vivida, com um certo grau de profundidade e riqueza. Neste processo, ela mantém uma relação pedagógica orientada para o fenómeno e busca reintegrar as partes e o todo, o contingente e o essencial, os valores e os desejos.

5) A pesquisa fenomenológica é o estudo científico do fenómeno humano

Para Van Manen (1990), a fenomenologia é sistemática, explícita, auto-crítica e intersubjectiva. Estas características são consideradas como formas científicas do conhecimento. Ela é sistemática, na medida em que usa formas especificamente práticas de questionar, reflectir, focalizar, intuir, etc. É explícita, porque tenta articular, através do conteúdo e formas do texto, as estruturas dos significados embebidos na experiência vivida. É auto-crítica, no sentido em que está continuamente examinando suas próprias metas e métodos na tentativa de identificar as forças e resultados de sua abordagem e realizações. Finalmente, é intersubjectiva, uma vez que o (a) pesquisador (a) necessita do outro, para estabelecer uma relação dialógica com o fenómeno, para poder assim validá-lo.

6) A pesquisa fenomenológica é uma prática atenta de cuidado

Van Manen considera a pesquisa como sendo um acto atento de cuidado: nós queremos conhecer aquilo que é mais essencial para o ser. O interesse em fazer pesquisa evidencia as nossas preocupações com a prática quotidiana, bem como nossa responsabilidade em relação a todos os outros seres. Para o autor, a prática teórica da pesquisa fenomenológica se apresenta na prática mundana da pedagogia.

7) A pesquisa fenomenológica é a procura do que é significativo para o ser humano

Para Van Manen, quando pesquisamos as possíveis estruturas do significado das experiências vividas, nós seleccionamos o que é significativo para aquele ser humano, tomando como referência o contexto em que ele vive. Neste sentido, a pesquisa é contextual. A pesquisa fenomenológica hermenêutica

é a procura daquilo que é plenamente vivido. Seu objectivo último é a realização da nossa natureza humana: tornar mais pleno o que nós somos.

8) A pesquisa fenomenológica é uma actividade poética

A fenomenologia é um projecto poético; ela descreve a experiência através de uma forma evocativa e original. Como na poesia, é inapropriado perguntar pela conclusão ou resumo do estudo fenomenológico. Resumir um poema, com vista a apresentar o resultado, destruiria o resultado, porque o poema em si é o resultado. Contudo, Van Manen esclarece que poetizar não é meramente fazer versos. Poetizar é pensar na experiência original e, assim, falar em um sentido mais primário. Nós devemos descobrir o que descansa no cerne ontológico do ser, ou melhor, nós devemos encontrar “memórias” que paradoxalmente nunca seriam pensadas ou sentidas antes.

2.2. ESTRUTURA DO MÉTODO FENOMENOLÓGICO HERMENÊUTICO

Na fenomenologia, há uma tendência em evitar a construção de um conjunto de procedimentos, técnicas e conceitos rígidos, que governariam o projecto de pesquisa. De acordo com Martins, Boemer e Ferraz (1990), a primeira questão colocada na pesquisa fenomenológica diz respeito à palavra “método”. Esta palavra é evitada por alguns fenomenólogos, para que não seja associada ao sentido cartesiano da palavra, característico das ciências naturais. Contudo, Van Manen (1990) defende que não é inteiramente errado dizer que a fenomenologia hermenêutica, como descrita por ele, tenha um certo “método”, uma forma. Em defesa da sua posição, o autor afirmou que a pesquisa fenomenológica hermenêutica segue seis etapas, em direcção à clarificação da natureza essencial do fenómeno. Estas etapas não são determinadas de uma forma rígida, elas interagem entre si de forma dinâmica e constituem a estrutura do seu método, nomeadamente:

1ª Etapa: Voltar-se para a natureza da experiência vivida.

Segundo Van Manen (1990), voltar-me para a natureza da experiência vivida implica, em um primeiro momento, na escolha de um fenómeno do meu interesse, seguindo-se de um questionamento sobre o que me interessa conhecer sobre o fenómeno. Neste sentido, o autor esclareceu que a pesquisa fenomenológica é sempre o projecto de alguém: uma pessoa real, que, no contexto particular de circunstâncias da vida individual, social e histórica, busca o sentido de um certo aspecto da existência humana. Deste modo, as questões de pesquisa em si e a maneira como nós as compreendemos constituem um importante ponto de partida e não o método como tal. Naturalmente que, para o autor, a forma como alguém articula certas questões está directamente ligada à escolha do método. Consequentemente, há uma

certa dialéctica entre a questão e o método de pesquisa. Esta etapa compreende igualmente a selecção do contexto onde se dá o fenómeno e dos participantes do estudo.

2ª Etapa: Investigar a experiência vivida

Esta etapa compreende, segundo Van manen (1990), a entrada no contexto de estudo e o processo de obtenção das descrições experienciais do fenómeno, através de uma observação próxima ou entrevista. Para o autor, a observação próxima requer que o pesquisador seja simultaneamente um participante e observador. Envolve uma atitude de proximidade, mantendo, contudo, um estado de alerta em relação à situação que nos permita constantemente voltar atrás e reflectir sobre o seu significado. A entrevista na fenomenologia hermenêutica tende a transformar os entrevistados em participantes ou colaboradores do projecto da pesquisa. Nesta perspectiva, Van Manen considera que a entrevista serve a alguns propósitos específicos: 1) Pode ser usada como um meio para explorar e obter narrativas experienciais, que podem ser fontes para uma compreensão mais rica e profunda do fenómeno humano; 2) Pode ser um veículo para se estabelecer um diálogo com os participantes sobre o significado da experiência. Como tal, o processo da entrevista, para Van Manen, necessita ser orientado por questões fundamentais que desencadearam a necessidade da entrevista.

3ª Etapa: Desenvolver uma reflexão fenomenológica hermenêutica.

Conforme Van Manen (1990), o propósito da reflexão fenomenológica hermenêutica é tentar desvelar o significado essencial de um fenómeno. Esta reflexão compreende dois momentos: desenvolver uma análise temática e identificar os temas essenciais. O tema é definido por Van Manen (1990:90) como uma descrição da estrutura da experiência vivida, “metaforicamente falando, temas são como nós nas teias de nossas experiências, ao redor da qual certas experiências são tecidas e, assim, vividas através de um todo significativo”. Esta etapa só deverá ser iniciada após ter uma visão das descrições como um todo, alcançado através da leitura e releitura das descrições. A análise temática e identificação dos temas nas descrições exigem uma revisão cuidadosa e repetida dos dados.

4ª Etapa: Desenvolver uma Escrita Fenomenológica Hermenêutica.

Segundo Van Manen (1990), na ciência humana pedagógica, o acto de escrever a pesquisa em si não constitui uma etapa final do processo da pesquisa, mas permeia todo o processo. Escrever significa criar relações significantes, em que o padrão destas relações se condensa em um todo discursivo, a que se pode chamar “teoria”. Contudo, a teoria tem de ser teoria do único, do particular, daquilo que é essencialmente insubstituível. Para o autor, a escrita é o método. No trabalho fenomenológico hermenêutico, a escrita está proximamente ligada à actividade de pesquisa e à reflexão em si. Consequentemente, a escrita medeia a reflexão e a acção. Ela é a dialéctica de dentro e de fora, do encorporamento e desencorporamento, da

separação e reconciliação. A escrita envolve uma reflexão textual, no sentido de separar e confrontar-nos com o que nós conhecemos, distanciando-nos do mundo vivido, descontextualizando nossas preocupações da acção imediata, abstraindo e objectivando nossa compreensão vivida, a partir de nosso envolvimento concreto. A escrita exercita e torna empiricamente demonstrável a nossa habilidade para “ver” (conhecer, sentir, compreender). Ver a significância na situação coloca-nos no evento, torna-nos parte desse evento. Van Manen defende que, certos significados são melhor expressados através “do como” alguém escreve, do que “o que” alguém escreve. Deste modo, a fenomenologia assemelha-se à poesia, falando parcialmente através do silêncio, significando mais do que explicitamente diz.

5ª Etapa: Manter uma relação orientada para o fenómeno

Van Manen (1990) alerta para o facto de ao longo do processo de pesquisa surgirem vários aspectos que podem levar o pesquisador a desviar a atenção e a perder o contacto com o foco do fenómeno em estudo. Por isso, na opinião do autor, é importante manter uma relação orientada para o fenómeno desenvolvendo um texto rico e profundo, com descrições concretas, explorando todas as suas ramificações experienciais. Quando as descrições exploram todas as significações ganham profundidade pela sua unicidade. Estar orientado como pesquisador significa não separar o conhecimento da vida, o público do privado. Transpondo a afirmação de Van Manen, para o meu estudo em particular, poderia dizer que como pesquisadora estou orientada para o mundo do cuidado. Contudo, não posso separar o mundo de ser enfermeira, do mundo de ser pesquisadora, porque ambos se complementam, são uma unidade. Deste modo, uma forte orientação para o fenómeno significa que um outro profissional de enfermagem ao ler as descrições que retratam o vivido se identifica com elas e se revê nelas. Van Manen (1990) defende que nós podemos construir um conhecimento de situações vividas que são únicas, por fortalecerem a intimidade das relações entre a pesquisa e a vida, entre conhecimento e acção.

6ª Etapa: Contrabalançar o contexto da pesquisa, considerando as partes e o todo

Van Manen (1990) afirma que quando o pesquisador se perde na escrita, não consegue chegar à clareza que dá ao texto o poder de revelar. Nesta situação, o autor defende que se deve recuar, voltar atrás, para reavaliar como cada parte pode contribuir para a compreensão do fenómeno. Cada parte da pesquisa tem de estar comprometida com a totalidade, não tem significado fora da mesma.

Capítulo 3

*Se achar que precisa voltar.
Volte!
Se perceber que precisa seguir.
Siga!
Se estiver errado
Comece novamente!
Se estiver certo.
Continue!*

Fernando Pessoa



3. METODOLOGIA

Tomando como base os fundamentos do pensamento fenomenológico e a estrutura do método fenomenológico hermenêutico proposto por Van Manen, vou no decurso deste capítulo precisar as etapas do processo de pesquisa que permitirão atingir o objectivo deste estudo.

3.1. SELECCIONANDO O FENÓMENO DE INTERESSE

Neste estudo, o fenómeno escolhido foi o cuidado de enfermagem. Este interesse foi despertado pelas diferentes experiências vividas como enfermeira e pelos questionamentos, muitas vezes, não verbalizados, com que me deparo na minha prática profissional. No momento presente desejo conhecer a realidade do cuidado de enfermagem desenvolvido num serviço onde impera a complexidade e a especificidade. Dar visibilidade às experiências diversificadas de enfermeiros (as) que exercem a sua actividade em uma UCI é um desafio, que ao ser assumido, pode contribuir para a construção e o aprimoramento do conhecimento do cuidado a partir de novos olhares, pensamentos e formas de actuação.

3.2. SELECCIONANDO A PERSPECTIVA DE ESTUDO DO FENÓMENO

Neste estudo, a perspectiva do cuidado de enfermagem é a pessoa idosa internada numa UCI. Em decorrência do crescente envelhecimento populacional, saber cuidar e intervir junto da pessoa idosa constitui-se em uma das prioridades na actualidade. Esta prioridade é acentuada no contexto da UCI, dada a escassez de estudos nesta área de conhecimento e a necessidade de reformular comportamentos e atitudes. Neste sentido, o foco deste estudo direcciona-se para seguinte questão: *Que significado atribuem os enfermeiros (as) ao Cuidado de Enfermagem à pessoa idosa numa UCI de um Hospital da região centro de Portugal?*

As pessoas não pensam, não sentem e não agem em vazios. Na nossa prática, nós agimos com perspectivas particulares de acordo com os nossos conhecimentos, o nosso saber-fazer, a nossa experiencia, a nossa função, ajustando o que fazemos às situações em que nos encontramos (Honoré, 2004). Neste contexto, conhecer as diferentes experiências de cuidado à pessoa idosa, de acordo com o quadro de referência de cada um, pode ajudar a descobrir aspectos unificadores e divergentes entre parceiros na acção e promover o cuidado integral, dinâmico e multidimensional nas UCI.

3.3. SELECCIONANDO O CONTEXTO ONDE SE DÁ O FENÓMENO

O contexto escolhido para realizar o presente estudo foi uma UCI de um Hospital da Região Centro de Portugal. A escolha desta instituição foi motivada por ser esse o espaço do meu percurso e vivência profissional. Esta UCI de nível II iniciou a sua actividade em 2001. Constitui uma unidade de internamento vocacionada para o cuidado de saúde a doentes de alto risco, com patologia multidisciplinar que apresentem falência de uma ou mais funções vitais, cuja fisiopatologia é potencialmente reversível. Este facto justifica a necessidade de determinados recursos humanos, físicos e técnicos, que são descritos no apêndice I.

3.4. SELECCIONANDO OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Neste estudo foi utilizada a amostra intencional como método de selecção dos (as) participantes. Segundo Streubert e Carpenter (2002), este método tem como base o conhecimento específico dos (as) participantes sobre um determinado fenómeno, com a finalidade de partilharem esse conhecimento. Considerando o exposto, foram seleccionados de forma intencional dez (10) enfermeiros, sendo três (3) do sexo masculino e sete (7) do sexo feminino. Todos participam de uma forma activa no cuidado à pessoa idosa na UCI. Como critérios de inclusão foi definido que os participantes deveriam exercer actividade na UCI há mais de dois anos e desejar participar no estudo.

3.5. RESPEITANDO OS PRINCÍPIOS ÉTICOS

No sentido de respeitar as considerações éticas que uma investigação fenomenológica pressupõe, solicitei autorização por carta formal, ao Conselho de Administração do Hospital da região centro de Portugal, para o desenvolvimento da pesquisa (Apêndice II). Da mesma forma, o projecto do estudo juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III) foi encaminhado para a Comissão de Ética da instituição envolvida (Apêndice IV) para aprovação. Procurei, ao longo do estudo, manter um clima de amabilidade e compreensão, respeitando os quatro princípios estabelecidos para a pesquisa com seres humanos. Neste sentido, cada participante agiu em total liberdade, livre de qualquer tipo de coerção institucional ou psicológica (autonomia); foi esclarecido e sentiu-se bem em poder dar sua colaboração de forma a beneficiar ou contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado desenvolvido na UCI (beneficência); foi assegurado o anonimato e confidencialidade das informações obtidas (*não-maleficência*); foi respeitado o direito de cada participante sem distinções ou inferências (justiça).

Van Manen (1990) salienta que a pesquisa com base na fenomenologia hermenêutica está carregada de valores morais e reconhece a existência da liberdade na vida humana, pelo que devem ser considerados quatro princípios em estudos desta natureza: 1) A pesquisa pode ter certos efeitos nos (as) participantes e naquelas pessoas interessadas no trabalho fenomenológico; 2) Há possíveis efeitos do método da pesquisa na instituição, onde a pesquisa é realizada. Uma maior consciência sobre as experiências vividas pode desafiar conceitos e práticas; 3) O método da pesquisa utilizado pode ter efeitos nos participantes do estudo. Uma entrevista reflexiva pode estimular novos níveis de auto-consciência, possíveis mudanças no estilo de vida ou prioridades da vida e; 4) A pesquisa fenomenológica é em si uma aprendizagem, transformando a consciência, percepção e reflexão do(a) próprio(a) pesquisador(a).

3.6. OBTENDO AS DESCRIÇÕES EXPERIENCIAIS SOBRE O CUIDADO

Atendendo a que procuro compreender através da interpretação aquilo que é plenamente vivido pelos diferentes intervenientes, a entrevista aberta constitui o instrumento de colheita de dados adequado para abordar o fenómeno do cuidado. Desta forma, elaborei um instrumento (Apêndice V), constituído pela caracterização dos participantes e pela seguinte questão: *Como enfermeiro (a), pode falar-me sobre a sua experiência de cuidado à pessoa idosa na UCI?*

De acordo com a disponibilidade dos (as) participantes, as entrevistas decorreram no gabinete de enfermagem do serviço, no período de 1 de Janeiro e 28 de Fevereiro de 2008. No encontro, apresentei aos participantes o objectivo, a natureza da entrevista e pedi autorização para a sua gravação em áudio. Como entrevistadora, a escuta activa foi a competência privilegiada nas diferentes entrevistas. Através de uma postura informal, permissiva à proximidade, tive essencialmente um papel facilitador, estimulando o relato livre de cada participante, interrompendo apenas para clarificar algum aspecto ou validar a informação. Como a descrição do fenómeno vivido deve ser exaustiva, voltei sempre que necessário à pergunta norteadora, para possibilitar distintas formas de expressão por parte do (a) participante. A duração das entrevistas variou de quarenta a sessenta minutos. O momento finalizador aconteceu quando os participantes demonstraram que expressaram tudo o que se recordavam da experiência vivida. Procurando personalizar os depoimentos e manter o anonimato, as entrevistas foram codificadas pela ordem da sua realização, utilizando diferentes nomes de flores.

3.7. DESENVOLVENDO UMA REFLEXÃO FENOMENOLÓGICA HERMENÊUTICA

A análise dos dados começou com a transcrição das entrevistas na sua totalidade. Nesse momento, conjuguei as falas verbais com as anotações das observações feitas no decorrer da entrevista: comportamento não verbal, como, os silêncios, tons de voz ou hesitações perante os factos. De forma a garantir a integridade das narrativas experienciais, primeiro, confrontei a leitura do conteúdo das entrevistas com a audição das fitas, para corrigir eventuais erros durante a transcrição. A seguir, devolvi o conteúdo da entrevista transcrita a cada participante para que fosse complementado ou validado pelo mesmo(a). Posteriormente, escolhi o caminho de análise proposto por Van Manen (1990), para facilitar a compreensão e o processo de organização sistemática do conteúdo das entrevistas transcritas.

Esta etapa foi desenvolvida após ter uma visão das descrições como um todo, que é alcançada através da leitura e releitura das descrições para apreender o sentido das expressões do (a) participante. Posteriormente, livre de pré-julgamentos ou preconceitos, iniciei a análise das descrições dos (as) participantes procurando identificar parágrafos ou frases que evidenciavam aspectos ligados ao fenómeno do cuidado à pessoa idosa. Os parágrafos e frases identificados foram reescritos, com a finalidade de capturar a essência dos significados fenomenológicos. O processo de escrever e reescrever os parágrafos e as frases conduziu à identificação dos subtemas que reflectem o momento mais significativo do discurso. Posteriormente, os subtemas foram reorganizados e agrupados em temas centrais, tendo sempre como foco a questão central do estudo (Apêndice VII). Todo este processo foi desenvolvido com o apoio do programa de análise qualitativa QSRNvivo7 e com base na escrita, acompanhada da reflexão fenomenológica. A apreensão dos temas principais e a preparação da análise reflexiva constituiu a etapa final.

Capítulo 4

Nenhuma prática é um bloco monolítico, impenetrável, sempre há caminhos críticos, vias de superação a serem trilhadas, porém a verdade é que só são encontrados por quem os procura pacientemente, por quem os constrói corajosamente.

Martinelli M. L.



4. RESULTADOS

Neste capítulo, objectivo descrever os resultados do estudo. Como tal, no primeiro ponto, considerei importante caracterizar os participantes do estudo. No segundo ponto, apresento os temas que reflectem o conjunto de subtemas que compõem os significados do cuidado à pessoa idosa em UCI. Para a apresentação dos resultados, selecionei apenas alguns excertos representativos dos discursos dos (as) participantes para exemplificar os aspectos mencionados. Neste processo, procurei manter uma constante orientação para o fenómeno do cuidado, bem como para as partes e o todo.

4.1. CARACTERIZANDO OS (AS) PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram no estudo dez enfermeiros (as), caracterizados (as) conforme apêndice VIII. A sua distribuição segundo a *Idade* permite concluir que não existe uma variação significativa. A média das idades dos (as) dez participantes é de 34 anos, sendo a idade mínima de 25 anos e a máxima de 41 anos. Quanto ao *Sexo*, apenas três participantes são do sexo masculino comparativamente com sete do sexo feminino. Este predomínio é explicado pelo facto da equipa ser constituída na sua quase totalidade por mulheres. Dos cinco homens que integram a equipa, um exerce funções de chefia. Em relação ao *Estado Civil*, salientam-se os (as) casados com seis participantes, seguindo-se de três divorciados e um solteiro. No que respeita à *Formação Académica*, todos (as) são licenciados e apenas um tem o curso de especialização na área médico cirúrgica. A distribuição dos (as) participantes por *Categoria Profissional* revela que seis possuem a categoria de enfermeiros (as) graduados (as) e quatro a categoria de enfermeiros (as). Como tipo de *Vínculo Institucional*, sete pertencem ao quadro da instituição e três encontram-se a contrato individual de trabalho. Todos têm um *Horário de Trabalho* rotativo. O *Tempo de exercício Profissional* variou entre os três e os dezassete anos, sendo o tempo médio 11 anos. No entanto, relativamente ao *Tempo exercício na UCI* não existe grande variabilidade. Cinco participantes exercem actividade há sete anos, que corresponde ao número de anos que o serviço foi fundado. Os restantes estão compreendidos entre os seis e três anos de exercício. Desta forma, o tempo médio é de 6 anos. Nove participantes confirmam a *Passagem por outros serviços* antes de iniciarem a actividade na UCI, tais como; cirurgia, medicina interna, especialidades médicas, consulta externa, urologia e centro de saúde. O *Duplo Emprego* é referido por seis participantes.

4.2. DESVELANDO OS SIGNIFICADOS DO CUIDADO À PESSOA IDOSA EM UCI

A significação surge do sentido do todo, do processo de reflexão fenomenológica vivido durante a análise das descrições experienciais sobre o cuidado, da convergência de falas, gestos, fisionomias,

compreensões intersubjectivas, entre outros actos de expressão. Com base nas descrições dos (as) participantes, emergiram quatro temas principais, que foram: Recordando o percurso de aquisição de competência para cuidar em UCI; (Re) criando o ambiente de cuidado da UCI; Experienciando o cuidado à pessoa idosa na UCI; Valorizando a família no cuidado à pessoa idosa na UCI. Estes temas encontram-se de tal forma interligados e interdependentes que a sua separação foi difícil de alcançar. Na apresentação das reflexões, optei por utilizar o verbo no tempo presente, à semelhança das descrições dos (as) participantes e dos exemplos que Van Manen dá no seu livro. Nestas reflexões, os (as) enfermeiros (as) expressam no seu espaço, através de diferentes vozes os significados da sua vivência de cuidado à pessoa idosa numa UCI. Passo então a apresentar cada um dos temas, explorando-o a partir dos subtemas identificados.

4.2.1. Recordando o percurso de aquisição de competência para cuidar em UCI

O início da actividade profissional na UCI constituiu para a totalidade dos participantes uma *experiência nunca anteriormente vivida*, nem mesmo na condição de alunos (as). Revelam que o processo de integração neste novo contexto de trabalho foi marcado por sentimentos contraditórios, por muitas dúvidas e dificuldades. Contrariamente ao esperado, a experiência de cuidado, adquirida em outros serviços por onde passaram, não conferiu a esta nova etapa do seu percurso profissional mais leveza e serenidade. A complexidade das situações de cuidado e o domínio da tecnologia existente *desafiaram constantemente a sua capacidade de adaptação* às novas exigências. Decorridos sete anos, os (as) participantes que constituem a equipa desde a abertura do serviço, recordam com nostalgia como tudo começou. Revivem a formação que fizeram em diversas UCI do país para poderem adquirir diferentes experiências de cuidado com o doente crítico. Revivem o envolvimento e o empenho de todos, para que a criação do novo serviço tivesse a marca e o contributo de cada um. A cada momento que passava, a vontade de começar a cuidar o doente crítico e o sentimento de insegurança de não estarem à altura cresciam com a mesma intensidade.

“Já trabalhava há 8 anos quando fui transferida para esta unidade. Apesar da minha experiência profissional, a integração no serviço não foi fácil. Nunca tinha estado em circunstância alguma numa UCI. Fui invadida por uma série de sentimentos contraditórios. Pensei que jamais conseguiria trabalhar aqui ...” (Tulipa).

“Passados 7 anos ainda recordo com alguma nostalgia os primeiros momentos vividos neste serviço em que tudo começou do zero... Tenho ainda presente a insegurança sentida nas primeiras admissões, o medo de não estar à altura, de não conseguir colocar em prática tudo o que tinha aprendido” (Íris).

Independentemente do momento da admissão dos (as) enfermeiros (as) na UCI ter acontecido no início ou já no decorrer do seu funcionamento da unidade, as dificuldades vividas no processo de integração ao novo contexto de trabalho influenciaram a sua relação com o meio, consigo mesmos (as) e com o outro.

Assim sendo, é possível apreender que a adaptação às características do serviço e o desenvolvimento do cuidado ao doente crítico foi uma caminhada que compreendeu várias etapas. Cinco participantes admitem que, numa fase inicial, existiu a tendência para privilegiar os sinais visíveis e a componente técnica. Dada a condição da pessoa doente, a sua atenção centrava-se na execução dos procedimentos com rigor, eficiência e destreza. O receio de cometer alguma falha que pudesse comprometer a vida da pessoa cuidada conduziu ao distanciamento e à desvalorização da sua integralidade.

“sendo eu uma pessoa divertida na relação com os doentes, sentia que estava a perder um pouco de mim mesmo. Na altura, a necessidade de conhecer e ganhar destreza no domínio de todo o equipamento distanciava-me do doente como pessoa, temia que qualquer falha colocasse a vida da pessoa que tinha à minha responsabilidade em perigo” (Narciso).

“Numa fase inicial desvaloriza-se a pessoa, para se valorizar os sinais: a hipertensão, a taquicardia, a ferida operatória. Fixamo-nos nos monitores, nos alarmes, nas luzes, ou mesmo no corpo por si só. Como a pessoa não se expressa, não se queixa, esquecemo-nos um pouco que a pessoa existe para além dos sinais que o seu corpo manifesta, que pode ouvir muitas vezes a falarem sobre ela (...)com comentários menos adequados e sensíveis, sentir a nossa falta de cuidado, o gesto pouco delicado, o procedimento não explicado” (Violeta).

Ao reflectirem sobre a sua experiência inicial, cinco participantes reconhecem que o seu comportamento no processo de cuidado não foi o idealmente esperado. No entanto, aceitam-no como fazendo parte do seu percurso profissional. Cada etapa percorrida solicitou uma atitude interventiva para um novo recomeço. Foi a partir das situações vividas e reflectidas da prática quotidiana, que a maioria dos (as) enfermeiros (as) foi *aprendendo a cuidar na UCI*, modificando assim as suas atitudes e comportamentos.

“O meu comportamento poderá não ter sido o mais correcto, mas foi o que marcou o início da minha actividade na UCI. Não devo esconder ou envergonhar-me disso. Faz parte do meu percurso profissional, diferente do que tinha vivido no serviço de medicina. O que importa é estarmos sempre em evolução e aprendermos com os nossos erros” (Narciso).

“Agora o que mais me estimula no meu trabalho é o desafio que constitui a dimensão humana e relacional com este tipo de doentes” (Violeta).

Neste percurso de aprendizagem, o *conhecimento de si* foi considerado por seis participantes uma condição básica para poderem desenvolver o cuidado *com o outro*. O conhecimento de si acontece pelo encontro com a sua própria essência, através da reflexão e das relações de cuidado que estabelecem. Quando desenvolvido com autenticidade permite que tomem consciência das suas limitações e fragilidades, mas também que descubram os seus pontos fortes e potencialidades. Desta forma, o conhecimento de si permite um encontro sereno com a pessoa cuidada, em que se estabelece uma relação de ajuda sincera e verdadeira.

“Sinto que ao longo destes anos como enfermeira, ao cuidar de pessoas tão diferentes e únicas também aprendi a conhecer-me a mim mesma” (Margarida).

“Se na minha relação de cuidado for autêntica comigo mesma, descubro aquilo que me angustia, inquieta, entristece. Ao ajudar as pessoas que cuido também desenvolvo recursos em mim” (Tulipa).

Nesta caminhada introspectiva, é fundamental que exista *abertura e humildade para partilhar com o outro dificuldades e limitações*. Só desta forma será possível sentirem confiança nas suas potencialidades e habilidades para que a sua evolução como profissionais seja positiva. Darem o melhor de si, desde o momento em que a pessoa idosa corre risco de vida até ao momento em que sai da unidade, é um desafio que lhes dá especial satisfação vivenciar. O sentimento de gratidão e ternura manifestado pela pessoa idosa que ainda acredita no seu futuro é recompensador. No entanto, para que todos estes sentimentos possam ser uma realidade concreta, os (as) enfermeiros (as) reconhecem a *necessidade de desenvolverem continuamente novas competências*.

“Eu encaro os cuidados de enfermagem ao doente idoso como um verdadeiro desafio, que me dá especial satisfação vivenciá-lo, pelo feed-back que obtenho repleto muitas vezes de gratidão e ternura” (Papoula).

“ (...) a partilha de dificuldades e limitações tem como recompensa a oportunidade de acompanhar a evolução de um doente idoso em risco e poder vê-lo mais tarde a sair da unidade crente no futuro que o espera” (Cravo).

Todos os contextos de vida representam oportunidades para a aprendizagem e o desenvolvimento da competência. O contexto da UCI não foge a esta realidade. Neste espaço, a competência para cuidar a pessoa idosa é construída através de um *processo simultaneamente individual e colectivo*, em que se partilham diferentes experiências e vivências. Na perspectiva individual, exercer a actividade na UCI exige uma *actualização técnica e científica constante*, assim como o *esforço permanente de se desenvolverem como pessoas e profissionais*. Esta necessidade prende-se com o facto de estarem comprometidos (as) com o desenvolvimento de um cuidado responsável e eficiente. Sentem que não podem ter uma atitude de comodismo quando diariamente são confrontados com novos desafios e formas de agir. Assim, a formação realizada no exterior e a formação em serviço, que ultimamente tem sido menos frequente, apresentam-se como grandes aliadas neste processo.

“Isto constitui para mim um desafio diário, porque sinto necessidade de aprender cada vez mais, de ter mais conhecimentos para poder ajudar verdadeiramente aquelas pessoas que precisam de mim. Para isso é importante fazer formação no serviço e fora para termos uma percepção da forma como estamos a actuar e como podemos melhorar” (Jacinto).

“Estamos constantemente a aprender, inesperadamente surgem novas situações, novos dados, novos procedimentos. Temos de nos actualizar, não podemos acomodar-nos ao que já sabemos” (Íris).

Contudo, a competência não advém apenas das capacidades e atributos individuais, mas da complementaridade e cooperação com os outros. As *interacções pessoais* revestem-se de grande importância, uma vez que é preciso saber interagir e aprender com os outros para agir com competência. Como foi expresso pela Margarida:

“Os livros podem transmitir-me muitos conhecimentos sobre técnicas, patologias, complicações e limitações das pessoas idosas, mas é no contacto directo, através da relação que consigo estabelecer, que eu me posso desenvolver e actualizar como pessoa e como profissional e que aprendo a respeitar a pessoa idosa que cuido”.

Neste sentido, quatro participantes reconhecem que para ultrapassarem algumas limitações pessoais e resolverem os problemas e dificuldades que surgem no contexto de trabalho, necessitam recorrer com frequência ao apoio dos colegas de trabalho. As suas diferenças no processo de cuidado, quer a nível relacional, quer a nível técnico, quando respeitadas e compreendidas permitem o crescimento mútuo.

“Ao partilhar o cuidado com colegas que têm uma forma de ser diferente da minha apercebo-me que aprendemos juntos a ultrapassar as nossas dificuldades e limitações. A minha experiência em alguns procedimentos transmite-lhes segurança, deles recebo o exemplo de atitudes mais descontraídas e abertas” (Cravo).

“Diferenças de opinião existiram sempre, desde que exista compreensão podem contribuir para a mudança” (Jacinto).

À semelhança do que acontece na realização das actividades, a passagem de turno, para a maioria dos (as) participantes, não se circunscreve à transmissão de informações clínicas sobre a pessoa idosa. Pelo contrário, esse período constitui uma oportunidade de aprendizagem, de crescimento e mudança de comportamentos e atitudes. As informações transmitidas são relevantes para a continuidade do cuidado. A clarificação de determinadas decisões ajudam a perceber melhor o motivo por que foram tomadas. A partilha de experiências vivenciadas possibilita a partir da reflexão, um olhar diferente sobre as situações.

“As passagens de turno podem ser um momento importante para mudar atitudes e formas de pensar. Para além da informação sobre a situação clínica dos doentes, também se podem trocar opiniões sobre a nossa actuação, sobre o que nos levou a tomar determinada decisão, ou a ceder a uma norma do serviço” (Margarida).

“ Uma história partilhada na passagem de turno fez-me reflectir sobre a necessidade de apoio que os nossos doentes idosos precisam. São histórias como esta que quando partilhadas na equipa nos fazem crescer e aprender não só com os outros colegas, mas também com o doente” (Dália).

É possível apreender no desvelar do percurso de aquisição de competência para cuidar em UCI, que o passado, o presente e o futuro, coexistem nas descrições dos (as) participantes e estão inter-relacionados. Aceitam o seu passado, repleto de sentimentos contraditórios e desafios à sua capacidade de adaptação. Reconhecem que privilegiaram os sinais visíveis e a técnica em detrimento da integralidade da pessoa. No presente, interpretam a competência como resultado de um processo evolutivo, dinâmico, simultaneamente individual e colectivo, em que o conhecimento de si, a partilha de diferentes experiências e vivências, foram condições básicas para aprenderem a cuidar o outro. Em relação ao futuro, apresentam uma atitude de abertura. Estão conscientes de que o processo de cuidado na UCI requer uma actualização técnica e científica constante, assim como um investimento permanente no seu desenvolvimento pessoal e profissional.

4.2.2. (Re) criando o ambiente de cuidado da UCI

O ambiente de uma UCI possui características físicas, psicológicas, sociais e culturais muito particulares, que são descritas de uma forma objectiva pelos (as) participantes deste estudo. A dinâmica do serviço, a densidade tecnológica, a complexidade do cuidado desenvolvido, o cumprimento de normas e rotinas institucionais, a convivência constante com a gravidade das situações clínicas e o sofrimento do outro, são exemplos reveladores dessa especificidade. Estas características da UCI impõem um *ritmo de trabalho físico e mental intenso*. Neste espaço repleto de riscos e incertezas, o *mito do domínio da técnica e do saber* confere aos (às) enfermeiros (as), segurança, prestígio e poder, mas também impõe desafios. Consideram a tecnologia importante porque facilita o saber-fazer, valoriza o seu trabalho e alimenta a expectativa de que é possível eliminar o desconforto, a dor e o sofrimento da pessoa idosa. Todavia, essa expectativa é, muitas vezes, frustrada, quando a tecnologia utilizada não consegue dar qualquer resposta. Estas situações acabam por expor a vulnerabilidade dos (as) enfermeiros (as).

“O que na minha opinião pode influenciar a prestação de cuidados numa UCI é a intensidade das actividades desenvolvidas durante um turno” (Papoila).

“Quando se pensa nos recursos materiais que um serviço destes possui, dá a ilusão de que tudo é possível fazer. Mas não é verdade. Por muito que a tecnologia e a farmacologia tenham evoluído, muitas vezes não conseguem reverter a situação clínica da pessoa idosa. Esta é a verdade mais difícil de aceitar” (Jacinto).

O ambiente de cuidado da UCI encontra-se marcado pela *imprevisibilidade* decorrente da instabilidade do quadro clínico, ou da admissão de um doente crítico. Quatro participantes expressam que quando estas situações acontecem, o ambiente fica emocionalmente comprometido. Naturalmente, concentram a sua atenção nas diferentes actividades que têm de desenvolver, inibindo estímulos

competitivos. Consideram que o apoio e a união da equipa são importantes para que estes momentos sejam superados com mais serenidade.

“Um turno é sempre imprevisível, a qualquer momento a situação clínica de um doente pode agravar-se ou pode ocorrer uma admissão. Isto exige uma atenção permanente e o envolvimento de toda a equipa” (Papoila).

“A qualquer momento pode ocorrer uma situação de emergência a que temos de dar resposta com rapidez e eficiência. Daí que seja importante a equipa se apoiar mutuamente, se unir apesar das suas diferenças, para que estas e outras dificuldades sejam superadas e se passe alguma serenidade e tranquilidade” (Camélia).

A UCI constitui um espaço físico fechado e delimitado, que propicia o *isolamento*. A especificidade dos doentes admitidos conduziu à elaboração de uma norma de serviço que restringe as saídas e o contacto dos (as) participantes com o exterior. As relações profissionais e de convívio durante um turno de trabalho, embora de uma forma rotativa, são unicamente com as pessoas que constituem a equipa. Todas as refeições e momentos de pausa são feitos na copa da unidade. O isolamento é um aspecto particularmente significativo no período de integração dos (as) enfermeiros (as) na unidade. Ao serem privados do contacto com as pessoas e a realidade que conheciam, sentem-se presos e fechados num ambiente que ainda não conseguem controlar.

“Num serviço fechado como este, o entendimento entre as pessoas que nele trabalham é fundamental. Entramos para iniciar um turno de trabalho e só saímos quando esse turno termina. Embora de uma forma rotativa são sempre as mesmas pessoas com quem partilho o trabalho, os momentos de pausa para as refeições, para o café...” (Dália).

“ não sair do serviço durante o turno fez com que perdesse o contacto com outros colegas que já conhecia. Isso mexeu comigo, sentia-me presa e fechada numa realidade que ainda não conseguia controlar” (Tulipa).

Outro aspecto referido pelos (as) participantes é a *influência do ruído* no ambiente físico. A sua presença é constante, comprometendo o bem-estar e o conforto da pessoa idosa. Fazem referência ao ruído produzido pela actividade diária na unidade e pelo funcionamento dos equipamentos. Em relação ao primeiro item, ressaltam que o comportamento da equipa já foi mais cuidadoso dado que o antigo director do serviço os sensibilizava para a questão. Alertava a equipa para a moderação do tom de voz, quando esta ultrapassava o limite do aceitável. Naquele tempo, seguiam o seu exemplo e respondiam favoravelmente aos seus apelos. Actualmente, a ausência dessa pessoa representa, muitas vezes, a ausência de atenção. Alguns comentários informais feitos num tom alto não consideram o estado de consciência da pessoa idosa.

“ O ruído é uma presença constante. Penso que hoje não somos tão cuidadosos em relação ao barulho que fazemos como no princípio. Hoje falamos mais alto, a pessoa que controlava o tom de

voz saiu do serviço e nós agora esquecemos muitas vezes essa regra. Isso é mais evidente quando temos doentes conscientes (...) e nos ouvem por exemplo a escolher em voz alta o almoço ou o jantar... falhamos e muito” (Íris).

No contexto da UCI, seis participantes ressaltam um ambiente fortemente marcado por situações geradoras de sentimentos e emoções contraditórios, potencializadoras de satisfação e de desgaste emocional. As situações de satisfação advêm da proximidade e envolvimento com a pessoa cuidada, trazendo a sensação de realização pessoal e profissional quando os esforços são bem sucedidos. As situações de desgaste emocional têm a sua origem, no confronto diário com o sofrimento, a dor, a angústia dos doentes e familiares e a morte. Explicitam também que, com frequência, o sofrimento gerado pelo trabalho é vivenciado silenciosamente de uma forma solitária.

“O ambiente de trabalho da UCI está rodeado de uma carga emocional muito forte, porque existe uma luta permanente pela vida de uma pessoa, através da nossa atenção, da nossa entrega, do nosso agir, que se espera ser competente e responsável. Lidar com o sofrimento do doente e da família é desgastante” (Camélia).

“Quando comparo a UCI com o serviço onde trabalhei anteriormente, posso dizer que agora tenho oportunidade de planejar os cuidados de uma forma personalizada e adequada ao ritmo de cada pessoa” (Jacinto).

“Raramente faço comentários sobre as situações que me magoam, que deixam marcas, ...” (Íris).

No seu quotidiano, quatro participantes revelam que as *condições de trabalho* também promovem a satisfação. Por ser um serviço criado recentemente, a sua estrutura física é nova. No que respeita aos recursos materiais, os (as) enfermeiros (as) evidenciam a segurança e o bom estado dos equipamentos básicos para cuidarem o doente crítico. Relativamente aos recursos humanos, tem sido possível até ao momento manter o rácio de um (a) enfermeiro (a) para dois doentes. Perante as óptimas condições de trabalho, os (as) participantes sentem o dever de dar o melhor de si, porque têm o privilégio de trabalhar num serviço onde algumas falhas pontuais não comprometem a sua actuação.

“Ao comparar a UCI com outros serviços sinto o dever e a obrigação de dar o meu melhor... as condições de trabalho são óptimas, é um privilégio trabalhar com os recursos físicos e materiais que dispomos” (Papoila).

“Apesar de não concordar com algumas decisões e com a existência de algumas falhas ao nível da chefia, sinto-me satisfeito com as condições do local onde trabalho e com a equipa onde estou inserido” (Jacinto).

Inegavelmente, a UCI é o lugar onde a morte espreita, em todos os procedimentos que são feitos, em todas as decisões que são tomadas. Consequentemente, estes (as) enfermeiros *vivenciam uma tensão permanente entre o ser e o não-ser no mundo*. Os seus depoimentos revelam algum desconforto e

dificuldade em aceitarem a morte “do seu doente”. Afirmam que a experiência profissional e o amadurecimento pessoal não tem conseguido modificar a sua forma de sentir o momento de não- ser no mundo, quando este começa a ser uma possibilidade. Os sentimentos de vazio e tristeza continuam a prevalecer. Esta dificuldade decorre da cultura de preservação da vida, característica das UCIs. Consequentemente, a morte apresenta-se como uma derrota diante dos seus interesses.

“A pessoa idosa (...), acaba por estar em maior risco de vida. Eu ainda sinto que não estou preparada para enfrentar a morte do meu doente...sinto que, a maioria de nós, está mais vocacionada para o cuidar do doente cuja cura é possível, em relação àqueles cuja esperança de recuperação é quase nula” (Camélia).

“Quando no meio desta luta pela vida, a morte começa a ser uma possibilidade eminente, sinto um vazio, uma tristeza imensa e acima de tudo muita dificuldade em aceitar que acabou, que não é possível fazer mais nada. Por incrível que pareça o tempo e as várias experiências que tenho vivido não mudaram este meu sentir, pelo contrário...” (Margarida).

Na intenção de aprenderem a lidar com a perda de uma forma construtiva, procuram nos seus momentos de reflexão acreditar que a sua competência não foi colocada em causa. Apesar do seu profissionalismo e empenho, existem situações que ultrapassam a vontade humana de querer manter a vida de um ser humano. Para superarem a morte não podem ficar imunes à perda. Devem sim, mudar a sua forma de pensar, fortalecerem-se como pessoas para, dessa forma, poderem apoiar melhor a pessoa idosa e a sua família no momento da perda. Contudo, outros (as) participantes evidenciam que como defesa perante a sua fragilidade, não abrem espaço para a vivência da dor do processo de não-ser no mundo do seu doente. Para eles abrir esse espaço significa identificarem-se projectivamente com a sua própria morte e com a sensação de que o mesmo pode acontecer com pessoas que lhes são significativas.

“ Insisto em fazer-me acreditar que não devo ver a morte como uma falha, um erro ou uma derrota, médica ou de enfermagem. Tento perceber que existem situações que me ultrapassam. Apesar de todo o profissionalismo e empenho, nem sempre consigo manter a vida do meu doente. Não quero com isto dizer que tenho de estar imune à perda. Mas devo, tomar consciência da situação, e dar a mim própria a oportunidade de viver a morte para poder manter o meu EU saudável e ser capaz de prestar um cuidado eficaz e com a qualidade que lhe é devida” (Camélia).

Os (as) enfermeiros (as) expressam directamente que a medicalização da morte na UCI afasta os familiares da pessoa idosa, mantendo-os na ignorância e silêncio de todo este processo. Consequentemente, embora não reconhecido formalmente quando o momento da morte se aproxima, são os (as) enfermeiros (as) que permanecem ao lado da pessoa idosa com o intuito de facilitar o seu desligamento com a serenidade e dignidade que merece. O depoimento de Dália revela essa condição:

“Como equipa já não podíamos fazer nada para alterar o estado clínico daquela idosa, mas podíamos ter uma atitude humana, de respeito para com a aproximação da sua morte. Foi então que a médica de serviço aumentou a sedação e a analgesia e eu fiquei ao seu lado, acompanhei-a até chegar o momento final que foi dolorosamente rápido”.

Cinco participantes explicitaram que o cuidado a pessoas idosas em sofrimento, muitas vezes em processo de morrer, é gerador de ansiedade pela ambiguidade de sentimentos que representa. No seu quotidiano, são confrontados (as) com decisões que intensificam a tensão entre o possível e o aceitável. Por um lado, existe a vontade e o esforço de continuar a manter a pessoa idosa presa ao mundo através dos investimentos terapêuticos. Por outro, a experiência vivenciada indica que estes investimentos são inúteis e dolorosos, servindo apenas para acentuar o sofrimento da pessoa idosa, da sua família e dos cuidadores ao alimentar uma expectativa que não existe e que nunca poderá ser real. Perante este questionamento gerador de dilemas éticos, estes (as) enfermeiros (as) revelam o desejo de participarem de uma forma mais activa na tomada de decisões, para que este não seja um processo solitário, mas partilhado multidisciplinarmente.

“O idoso não reage a estímulos, não tem a percepção do que o rodeia, do que lhe fazem. Respira porque está ligado ao ventilador. Os seus parâmetros vitais estão estáveis porque se mantém a perfusão de aminas. Nestes momentos questiono qual será o limite aceitável para o sofrimento daquela pessoa idosa, se é que esse limite existe... perante este questionamento sinto o desejo de como enfermeiro poder ter um papel mais interventivo nestas decisões” (Jacinto).

“Existem situações em que deveria haver um maior envolvimento da equipa médica e de enfermagem. Estou a recordar que nem sempre é fácil tomar a decisão de interromper o tratamento a um doente. Essa decisão não deve ser solitária, de apenas um médico...” (Tulipa).

Quando o sofrimento da pessoa idosa se torna insuportável, os (as) enfermeiros (as) têm a percepção do limite da vida, do momento em que a morte vence o saber humano e as habilidades técnicas. Aceitarem a inevitabilidade da morte é respeitarem o direito dessa pessoa morrer com dignidade. Quando a cura foge às competências do ser humano, os (as) participantes percebem que o cuidado se mantém presente em atitudes que permitem aliviar o sofrimento e proporcionar algum conforto. Desta forma, aquela pessoa poderá ter um processo de morte mais humano e digno.

“Existem momentos que por muito dolorosos que sejam temos de aprender a dizer chega de sofrimento. Esta atitude não revela desconsideração pela pessoa, mas sim, respeito por aquilo que foi e ainda é...” (Camélia).

“ (...) mas existe sempre uma atitude humana que deve estar presente, atitude reveladora do cuidado que temos para com a pessoa idosa, uma massagem para proporcionar conforto, uma palavra de atenção, o facilitar a presença de um familiar ou satisfazer um pequeno desejo...” (Jacinto).

Os (as) participantes têm a percepção de que são influenciados por um conjunto de regras, normas, modos de ser, de estar e de fazer que foram aprendidos e desenvolvidos através das interações sociais no

contexto da UCI. Porém, também possuem valores e crenças próprias, fruto da sua trajectória de vida, que os (as) impedem de se despirem de tudo aquilo em que acreditam e que se reflectem na sua prática de cuidado. Neste sentido, *o ambiente da UCI tem influência sobre as relações interpessoais que estabelecem*, mas estas *relações também influenciam o ambiente de cuidado*. Apesar das suas diferenças, oito participantes consideram que existe *o espírito de colaboração e entreaajuda entre colegas e outros profissionais*. Porque, no fundo, o objectivo do cuidado desenvolvido é comum, pelo que se complementam mutuamente. Contudo, lamentam não existir uma liderança que seja uma referência para a equipa, capaz de a motivar e unir no sentido de se conhecerem melhor e se desenvolverem como profissionais. Consideram, que estão a perder determinados privilégios que no passado foram difíceis de conquistar. Perante o exposto, estes enfermeiros (as) demonstram que num ambiente de alta complexidade tecnológica, se refugiam nos seus valores pessoais para integrarem a dimensão humana no cuidado à pessoa idosa.

“Apesar das nossas diferenças, elas não são difíceis de ultrapassar e no fundo existe um bom ambiente de trabalho e de colaboração entre colegas. Assim é mais fácil encarar as dificuldades e as exigências de um turno...” (Narciso).

“Lamento neste momento não existir uma liderança com capacidade para defender os interesses do serviço e com isso se esteja a perder determinados privilégios que foram difíceis de conquistar” (Íris).

“Sinto a falta de um líder, que valorize o meu trabalho, que estimule o meu desenvolvimento, que me ajude a descobrir os meus pontos fortes e fracos, que seja uma referência nos momentos de dúvida ou desconhecimento” (Jacinto).

Sendo assim, para os (as) participantes, transformar o ambiente de uma UCI num ambiente de interacção e humanização impõe ultrapassar barreiras, abrir caminhos que possam direccionar as mudanças necessárias na prática do cuidado à pessoa idosa e sua família. Nas suas opiniões, há ainda muito por fazer no sentido de proporcionar um ambiente acolhedor, protector, com maior privacidade, com maior envolvimento da família, com possibilidade de um acompanhamento espiritual e emocional, numa perspectiva muito mais integradora. Se em determinados momentos os (as) enfermeiros (as) recorrem às normas do serviço para justificar a sua negação perante um pedido do doente ou familiar, noutros momentos abrem excepções. Presentemente, esta atitude de flexibilidade tem sido mais frequente. Algumas normas são transpostas sem que isso interfira negativamente no trabalho desenvolvido. Como exemplo salientam a permissão para deixar ficar junto da pessoa idosa um objecto pessoal significativo, a entrada de um familiar fora do horário da visita, ou a permanência de um familiar para além do tempo permitido. As situações descritas pelos (as) participantes demonstram uma mudança de postura e do modo de actuação no sentido de integrarem os sentimentos de empatia à destreza e habilidades técnicas.

“ O serviço em que trabalho possui uma equipa sensível, preocupada em aliviar a dor e proporcionar conforto aos doentes que cuida, mas sinto que em doentes em fim de vida muito mais haverá a fazer...” (Violeta).

“Algumas situações que vivemos na unidade fizeram com que algumas normas impostas anteriormente fossem alteradas ...Hoje penso que somos mais flexíveis...” (Narciso).

“Recordo o internamento prolongado de uma doente idosa com traqueostomia permanente que tinha o desejo de ver as suas três filhas juntas no período da visita. O protocolo determina que sejam apenas duas pessoas, uma de cada vez. Tivemos a percepção do quanto esse desejo era importante para a doente pelo que criamos as condições necessárias para o concretizar. Um pequeno gesto da equipa permitiu ver no rosto da doente uma alegria inquantificável” (Íris).

O tema, (re) criando o ambiente de cuidado, destaca-se pelas suas dimensões contextuais e relacionais no processo de cuidado. O ambiente da UCI ganha ênfase à medida que os (as) participantes reconhecem que este se encontra fortemente marcado: pela intensidade do ritmo de trabalho, pelo mito da técnica e do saber, pela imprevisibilidade, pelo isolamento, pelas condições de trabalho, por situações geradoras de sentimentos e emoções contraditórios, pela tensão permanente entre o ser e o não-ser no mundo. Contudo, têm consciência da possibilidade de influenciarem e de serem influenciados pelas relações interpessoais que estabelecem e pelo ambiente da UCI. Essa consciência acrescida do respeito pelas diferentes expressões, pelo espírito de colaboração e entreajuda interdisciplinar, tem contribuído para (re) criar condições que permitem transformar e humanizar o ambiente de cuidado da UCI. Só desta forma conseguem construir um ambiente protector e de apoio capaz de estimular o processo de recuperação da pessoa idosa e acompanhar a respectiva família.

4.2.3. Experienciando o cuidado à pessoa idosa na UCI

O cuidado à pessoa idosa é uma realidade presente no percurso profissional de todos os participantes deste estudo. Como afirma Íris, “ ... o doente idoso foi e continua a ser, maioritariamente, o alvo da minha prestação de cuidados”. A convivência destes (as) enfermeiros (as) com a pessoa idosa em diferentes serviços permite que a considerem como alguém vulnerável, que requer mais atenção, paciência, carinho e dedicação. Esta consideração decorre da diminuição da capacidade de adaptação das pessoas idosas, da carência afectiva, apresentada pela maioria delas, e das limitações inerentes à idade. No entanto, também reconhecem que as pessoas idosas despertam sentimentos e emoções fortes pela sua riqueza interior, sabedoria e experiência de vida, que desejam partilhar. As transformações físicas, sociais e emocionais não passam despercebidas a estes (as) enfermeiros (as), estimulando a reflexão sobre o seu próprio processo de envelhecimento.

“A pessoa idosa desperta em mim sentimentos e emoções muito fortes. É uma etapa da vida em que o envelhecimento físico insiste em se opor à riqueza interior, fruto de um percurso de vida cheio de experiências e sabedoria” (Camélia).

“A pessoa idosa exige mais atenção, mais paciência, mais carinho...tudo é mais lento. Penso, muitas vezes, que rapidamente chegará o dia em que os papéis estarão invertidos e já não terei a genica que tenho hoje ” (Margarida).

A representação da pessoa idosa não é construída unicamente no tempo presente e no contexto profissional. Acontecimentos no percurso de vida pessoal dos (as) enfermeiros (as), nomeadamente de natureza familiar, estão gravados na sua memória. As lembranças e as experiências com seus próprios entes queridos ampliam o seu conhecimento e fortalecem a sua ligação com pessoas desta faixa etária. Consequentemente, vivenciam a situação de cuidado de um modo diferenciado, como sugere Camélia:

“Sinto-me ligada a pessoas desta faixa etária, provavelmente pelo facto de na minha infância ter ajudado a cuidar da minha para sempre querida avó paterna...”.

Os (as) participantes demonstram em suas falas que quando a representação da pessoa idosa é transposta para o ambiente de uma UCI adquire um significado mais profundo, implicando uma vivência do cuidado mais intensa, pelas especificidades e particularidades que a revestem. Esses significados começam por ser revelados na importância que atribuem à pessoa idosa como enfermeiros (as). Consideram que a mesma se encontra num ambiente invasivo e impessoal, numa fase da vida em que merecia estar mais próxima da realidade que conhece e lhe é familiar, dos seus valores, dos seus hábitos e tradições.

“Vivo o cuidado à pessoa idosa de forma mais intensa, porque entendo que a UCI é um meio demasiado agressivo para quem já passou por tanta coisa e que no final da vida merecia ter uns tempos mais tranquilos e felizes...” (Violeta).

“Quando cuido uma pessoa idosa no meu serviço penso nos meus avós. Não gostaria que eles passassem por uma situação destas. Independentemente do cuidado que possam receber, a verdade é que este não deixa de ser um ambiente agressivo, tão diferente do seu, dos seus hábitos, com procedimentos dolorosos” (Jacinto).

Demonstrando sensibilidade para com um momento tão crítico, seis participantes revelam que procuram sair da sua estrutura referencial para imergirem no mundo subjectivo da pessoa idosa, no espaço vivido, no aqui e agora. Interiormente questionam, o que pensa, o que sente e como vive aquela experiência. Imaginam como deve ser difícil a tensão vivida, quando envolvida pelas múltiplas situações de emergência, pelas rotinas triviais e pela utilização de técnicas que invadem a sua intimidade. Para obterem respostas e estarem em sintonia com a pessoa idosa, sentem necessidade de se *colocarem no seu lugar*, particularmente quando esta não tem capacidade para interagir, como exemplifica o depoimento de Narciso:

“Como deve ser difícil uma pessoa idosa acordar e não conseguir falar pela presença de um tubo que a incomoda sem saber porquê. Como deve ser difícil sempre que tem um acesso de tosse, compreender a aproximação do enfermeiro para o aspirar. Como deve ser difícil quando recupera a consciência ver-se deitado num leito apenas com um lençol por cima. Como deve ser difícil ouvir 24h sobre 24h o barulho de tantos equipamentos que o rodeiam e que desconhece”.

Este sentimento de compreensão e aproximação empática ao mundo da pessoa idosa no desenvolvimento do processo de cuidado é descrito em vários níveis. Para Jacinto, ocorre, com frequência, no momento em que procura proporcionar algum conforto: *“ Se estivesse nesta situação como ficaria melhor? Será que sente frio? Será que ficou desconfortável com este posicionamento? Terá sede?”* Dentro das suas possibilidades, conhecimentos, vontade e querer, Narciso destaca a valorização do ser: *“Procuro ir ao encontro das suas preocupações e anseios, valorizar o relacionamento humano tão desvalorizado hoje em dia. Tento incutir-lhe confiança e que caminho ao seu lado neste percurso da vida, que eu desejo que seja longo”.* Para Violeta, a empatia traduz-se na reafirmação do ser e estar com a pessoa: *“Se fosse eu, gostaria que se lembrassem que para além do meu corpo e do que as máquinas dizem dele, eu sou, continuo a ser muito mais...”*.

Transparece no discurso dos (as) participantes a preocupação em valorizar a pessoa idosa como um todo, como alguém que traz consigo uma história de vida plena de eventos, que a fazem reagir de uma maneira muito particular. Sendo assim, num serviço em que a tecnologia parece ter supremacia, em que tudo é tecto, paredes, luzes e ruídos, continuar focada no essencial, na pessoa, exige uma atitude de alerta interior constante. Como recorda Violeta: *“Permanecer desperta e consciente de que a única coisa realmente importante é a pessoa que cuido, é o meu objectivo de todos os dias, isto exige de mim um alerta interior”.* Neste sentido, o cuidado exige muito mais que destreza e habilidades técnicas. Exige um olhar atento e diferenciado ao ser, capaz de identificar as suas reais necessidades. O processo de cuidado não pode estar apenas centrado num corpo doente, perdendo de vista a perspectiva integral, sustentada num vínculo afectivo e humano. Só assim, as pessoas idosas internadas na UCI poderão ser bem cuidadas.

“Não basta saber interpretar os parâmetros do monitor ou do ventilador. Mais importante que a ajuda técnica é a ajuda humana, prestando atenção ao idoso que cuidamos e compreender o que nos tenta transmitir” (Dália).

“ A ajuda técnica é necessária, mas se a parte humana não estiver presente o cuidado é incompleto” (Papoila).

No discurso de sete participantes existe a preocupação em encontrar um modo mais humano de estar na relação de cuidado, dando valor ao outro, reconhecendo a sua integralidade, necessidades e expectativas. Desta forma, a utilização do método individual de trabalho foi bastante destacada pelos (as) participantes, por colocar a pessoa idosa no centro do processo de cuidado. A utilização deste método e o facto do enfermeiro chefe atribuir o mesmo doente durante três turnos consecutivos, facilita a proximidade, o envolvimento e um melhor conhecimento das necessidades da pessoa cuidada. Exige igualmente um

enorme sentido de responsabilidade dos (as) enfermeiros (as), no que respeita à sua capacidade de observação, actuação e de decisão.

“Num turno ao ser responsável por dois doentes, sinto que aquelas duas vidas dependem de mim, da minha atenção, da minha capacidade para actuar, da minha sensibilidade para a dor e desconforto, para reconhecer e resolver qualquer alteração que surja de forma a não colocar em risco a vida do doente” (Jacinto).

“Apesar de ter o apoio dos meus colegas, sou responsável por dois doentes. Esta conduta está tão vinculada no serviço que até os médicos procuram saber quem é o enfermeiro responsável para lhe comunicar as alterações” (Margarida).

“Penso que o facto de utilizarmos o método individual de trabalho e o chefe nos atribuir o mesmo doente durante o rollman, tarde, manhã, noite, facilita a aproximação e conhecimento da pessoa que cuidamos” (Camélia).

As asserções dos (as) participantes demonstram com clareza que é por intermédio das relações interpessoais que os seres humanos se cuidam e se sentem cuidados. Diante desta realidade, consideram que para desenvolverem o processo de cuidado precisam de *reconhecer primeiramente a sua própria unicidade como cuidadores*, para poderem descobrir a unicidade e realidade vivencial da pessoa cuidada. Apesar de os (as) enfermeiros (as) possuírem um corpo de conhecimentos comum, cada um tem um modo de ser diferente, de colocar algo de muito pessoal numa relação de cuidado.

“O cuidado não implica apenas o fazer, mas também o ser. Existem características que são próprias de cada pessoa que nos torna diferentes. Cada enfermeiro tem a sua forma de conversar com o doente idoso, de explicar as coisas, de o incentivar a participar, assim como cada idoso tem a sua forma de reagir” (Camélia).

“Apesar de muitos aspectos da nossa formação serem comuns, cada enfermeiro tem a sua forma muito própria de cuidar. Nesse momento coloca algo de si, que o distingue dos outros colegas como profissional e como pessoa” (Íris).

O respeito pela unicidade, individualidade e privacidade da pessoa idosa compreende atitudes e comportamentos de atenção e consideração, de forma a permitir uma melhor convivência com o ambiente que a envolve. Iniciar um encontro com uma simples apresentação e interesse em saber como a pessoa gosta de ser chamada confirmam essa preocupação. Tendo crescido num sistema de valores diferente do actual, a nudez e o pudor têm um significado para a pessoa idosa que é valorizado por seis participantes. Em procedimentos tão comuns como a higiene ou o posicionamento, o gesto de destapar desperta na pessoa idosa desconforto, inquietação e vergonha. Pedir e explicar a necessidade de realizar esses procedimentos pode representar a base para uma relação de confiança, fazendo com que se sinta mais à vontade. Contudo,

estes (as) participantes não esquecem que a compreensão que a pessoa idosa tem do cuidado, nem sempre está em sintonia com a dos profissionais de saúde.

“Quando inicio o meu turno tenho por hábito apresentar-me ao doente e perguntar como gosta de ser tratado. Penso que esta atitude revela ao doente e à sua família uma preocupação pela sua individualidade” (Margarida).

“Ao termos acesso ao corpo desnudado da pessoa idosa, invadimos o seu espaço íntimo, apenas reservado às pessoas com quem tem vínculo e afeição, nesse momento, deposita em nós toda a confiança que possamos merecer” (Tulipa).

“Destapar uma pessoa idosa, desperta nela alguma inquietação, alguma vergonha e desconforto. Por isso, pergunto sempre se posso destapar e explico o porquê dessa necessidade...assim o desconforto entre nós diminui” (Narciso).

Certamente a pessoa idosa vivencia a experiência do seu internamento como uma ruptura com o seu ambiente pessoal e sujeição às normas institucionais. *“Para trás ficam as coisas, que durante uma vida inteira juntou, a sua casa, a sua família, os seus amigos, os seus objectos pessoais” (Tulipa).* Encontra-se rodeada de equipamentos e objectos estranhos que despertam a sua curiosidade e a necessidade de descobrir o que se trata. Porém, como revela Dália é de imediato *“surpreendida pela voz de alguém que chama a sua atenção, fazendo com que se sinta desconfortável, não mexa nestes fios, não se pode virar, não pode tirar esta molinha do dedo, não pode arrancar este tubo ... o mundo deles dá uma volta de 180 graus”.* Da cama, o campo de visão da pessoa é monótono. O tecto torna-se a parte mais familiar da unidade, pois a maior parte das vezes é para cima que olha. Lateralmente, encontra outras pessoas que estão na mesma situação. O tubo que tem na boca impede-a de lhes perguntar como se sentem e se estão a viver aquele internamento da mesma maneira que ela. À sua frente, está o balcão, ao redor do qual vê reunir em horários estratégicos, os membros da equipa, para fazerem anotações e passarem o turno. Ao encontrar-se retida naquela cama, que agora é a sua cama, mais difícil do que não se poder levantar é estar privada da sua roupa. Camélia acentua que *“...não são assim tão raras as vezes que os idosos imploram para deixar vestir uma camisa ou um pijama”.* Para além dos aspectos mencionados, a iluminação constante pela luz artificial reduz a percepção do dia e da noite, concorrendo para a perda da noção do tempo e possível desorientação da pessoa idosa. Narciso menciona que *“...duvidam muitas vezes da minha palavra quando lhes digo as horas”.* Os (as) participantes estão cientes dos desafios que as pessoas idosas enfrentam ao longo do seu internamento na UCI, dos quais a monotonia do ambiente é apenas um aspecto. Destacam, também, a ruptura com as suas relações de afecto, seja a sua família ou pessoas significativas, cuja presença só é possível nos dez minutos diários permitidos pelas normas da visita. Como refere Tulipa *“os seus contactos ficam restritos às pessoas mais significativas durante o curto período do horário da visita”.*

Nesta perspectiva, é possível afirmar que o encontro entre enfermeiro(a) e pessoa idosa é significativo quando a sua presença é verdadeira. Esta presença é revelada na intenção de estar ao lado da pessoa doente, na disponibilidade e no interesse sincero em a ajudar. O testemunho narrado por Dália exemplifica como uma enfermeira se encontra inteiramente presente no tempo e espaço vivido pela pessoa idosa que necessita ser cuidada:

“Quando todos davam como certa a entubação e a realização de outros procedimentos invasivos, uma colega mais experiente surpreendeu todos ao dizer que aquele idoso que tinha dado entrada estava assustado, com frio e precisava descansar. Então, com muita calma, começou a falar com ele, a explicar o que se estava a passar e o que tinha de lhe fazer. A seguir aconchegou-lhe a roupa até ao pescoço e disse-lhe que agora já podia descansar tranquilamente porque nós estávamos ali para o ajudar sempre que precisasse. Os colegas presentes esboçaram um sorriso. O que é certo é que esse idoso foi revertendo o quadro, ficou apenas com uma sonda nasal e dormiu toda a noite”.

Como se pode apreender pela vivência transmitida por Dália, este encontro com a pessoa cuidada não pode ser fortuito, impessoal, desprovido de afectividade e emoção. Pelo contrário, persegue o objectivo de se constituir como um ancoradouro de laços de confiança. Apesar de muitas vezes a pessoa idosa não o poder expressar verbalmente, os (as) enfermeiros (as) sentem que a confiança é um sentimento recíproco. Quanto mais cedo for estabelecida esta relação de confiança menor será a ansiedade da pessoa idosa no desenvolvimento do cuidado.

“Acredito por experiência própria que quanto mais cedo se estabelece uma relação de abertura e confiança, menos ansiosa a pessoa idosa fica em relação aos cuidados de enfermagem a serem prestados” (Camélia).

“A maior parte das vezes os idosos não me podem responder, para dizerem o que lhes agrada ou desagrade, mas sinto um entendimento recíproco, sinto que aquela pessoa confia em mim e no meu cuidado” (Iris).

As relações interpessoais que se efectivam no ambiente de uma UCI são imprescindíveis para o desenvolvimento do cuidado. São imensas as emoções, sentimentos, percepções, intersubjectividades que permeiam cada mente humana durante o internamento numa UCI. Desta forma, a *reação da pessoa idosa ao vivido* é considerada, pelos (as) participantes, como sendo bastante heterogénea. Existem pessoas idosas que reagem muito bem ao internamento e a todo o processo terapêutico com boas hipóteses de melhorarem a sua qualidade de vida após o internamento. Contudo, outras não aceitam bem o seu internamento na UCI, sendo bem visível a sua revolta e negação. Progressivamente, ficam mais deprimidas e menos colaborantes no processo de cuidado. Na generalidade, consideram que a pessoa idosa assume um comportamento passivo e de conformismo durante o internamento. Normalmente, não tem uma percepção clara do processo de tratamento da sua doença e do espaço que a envolve. Quando a dependência da ventilação assistida se prolonga, todos os dias lhe parecem iguais. A impossibilidade de comunicar aquilo que deseja partilhar

desperta sentimentos de ansiedade, frustração e insegurança. Se não for envolvida e estimulada a participar, começa a ficar indiferente, saturada e isola-se completamente recusando qualquer cuidado.

“ (...) para um idoso com um estilo de vida muito próprio e um conjunto de vivências bem pronunciadas em que não se inclui nenhum internamento hospitalar é mais difícil aceitar esta situação” (Papoila).

“Quando os treinos ventilatórios não são bem sucedidos, a pessoa idosa fica dependente do ventilador mais tempo e para ela os dias passam e tudo parece igual. Começa a ficar saturada de estar a viver aquela situação, de ter tanta coisa à sua volta e deixa de ter vontade de lutar. Fica indiferente a tudo e a todos” (Cravo).

O discurso de seis participantes evidencia que a situação de internamento na UCI deixa a pessoa idosa fragilizada, cheia de incertezas, com sentimentos de solidão, medo e abandono. Longe da família e das pessoas que lhe são queridas ficam extremamente dependentes da equipa de enfermagem. Para atenuar estas reacções, os (as) enfermeiros (as) consideram que podem ajudar a transformar a percepção do ambiente de cuidado da pessoa idosa através de uma *comunicação efectiva*. O modo como se comunica com a pessoa idosa quando começa a recuperar a consciência é apontado como um dos pontos mais importantes do processo de cuidado, que pode influenciar de forma marcante o seu comportamento. Nada é mais intimidante que o desconhecido, o que fundamenta a necessidade de *ler no olhar atento e assustado da pessoa idosa as suas solicitações mais subtis e tentar fazer diferente*. A harmonização nas relações de cuidado depende da habilidade do (a) enfermeiro (a) em comunicar e da capacidade em adequar essa comunicação às múltiplas situações com que se confronta. Cada enfermeiro (a), em função das suas características pessoais, criatividade e desejo, desenvolve esforços para compreender e perceber as necessidades subjectivas da pessoa idosa. Embora estas não possam ser, muitas vezes, verbalizadas, são perceptíveis para um cuidador sensível e atento, que utilizando todos os recursos ao seu alcance tem como meta o brilho no olhar ou o esboço de um sorriso na face da pessoa idosa.

“Quando a pessoa idosa começa a recuperar a consciência e a ter maior percepção sobre o que a rodeia a forma como comunicamos com ela é ... decisiva para o restante internamento” (Jacinto).

“Quando me apercebo do olhar atento e assustado dos idosos sinto uma necessidade constante de tentar fazer diferente, de explicar tudo que faço, de falar com delicadeza, de tocar com carinho, com cuidado...” (Violeta).

“Não são assim tão raras as vezes que se conta uma anedota, se transmite o resultado de um jogo de futebol ou se canta uma cançãozita mesmo que seja num tom desafinado. Até já cheguei a ler o horóscopo a um doente idoso que com bastante interesse me ouvia dizer o que lhe reservavam os astros para aquele dia” (Íris).

Contudo, a linguagem verbal é apenas uma das formas que podem ser usadas para expressar necessidades, sentimentos, dúvidas ou preocupações. Algumas particularidades da pessoa idosa, como o analfabetismo, a diminuição da acuidade auditiva e a entubação endotraqueal, comprometem a comunicação oral e escrita. Esta constatação implica em que os (as) enfermeiros (as) *encontrem outras formas de interacção que espelhem uma atitude de aproximação e afecto*, que transmita segurança e protecção. A postura corporal, a delicadeza dos gestos, o olhar compreensivo, o tom de voz e a maneira de tocar o outro, são formas de interacção que ambicionam dominar melhor.

“A comunicação não verbal é um trunfo que quero dominar melhor: o toque, o olhar, a delicadeza do gesto, postura corporal de abertura e disponibilidade, a tenção ao conforto, a atitude paciente, fazem toda a diferença. Apesar de nem sempre ser capaz de concretizar, esforço-me muito por ter presente estas atitudes” (Violeta).

“Quando o idoso fica desadaptado coloco a minha mão sobre o seu peito e digo o que lhe vou fazer, este gesto ajuda-o a tomar consciência que não está sozinho, que eu estou ali para o ajudar...” (Cravo).

No *aperfeiçoamento contínuo da capacidade de comunicar com o outro*, estes (as) enfermeiros (as) convivem com alguns desafios que lhes permite tomarem consciência das suas capacidades e limitações. Expressam que, muitas vezes, apesar do seu esforço, não conseguem perceber a mensagem que a pessoa idosa, terrivelmente assustada, transmite. Quando esta situação ocorre, sentem-se constrangidos (as) por não conseguirem dar resposta a uma pessoa que não pode comunicar oralmente e que tem dificuldade em lidar com esse facto. Também transparece nos discursos que, independentemente da obtenção de algum tipo de resposta, a maioria dos (as) enfermeiros (as) fala com a pessoa sedada ou em coma, chamam o seu nome e explicam o que vão fazer. Partem do princípio que aquele ser humano está presente. A ausência de resposta e interacção pode não significar ausência de percepção. Desta forma, a *comunicação com a pessoa inconsciente é encarada como um desafio à criatividade e à sensibilidade* para que não se desvie o foco de atenção da pessoa como um todo.

“Sinto que estes doentes ficam terrivelmente assustados numa fase inicial do internamento com o facto de não serem capazes de comunicar oralmente. Verifico alguma impaciência e frustração quando não conseguimos compreender o que nos querem transmitir. Nestas situações também eu me sinto constrangida...” (Papoila).

“Apercebia-me de certos comportamentos que os meus colegas tinham em relação a doentes inconscientes. Via-os a explicarem tudo o que faziam. Nessa altura achei estranho, parecia que falavam para o boneco. Mas esse exemplo que recebi fez-me ver a pessoa em coma como alguém que está sempre presente...” (Dália).

O discurso de oito participantes revela que, no cuidado à pessoa idosa em estado crítico, as necessidades vitais para a sua sobrevivência têm prioridade. Para preservarem aquela vida, têm de saber actuar sem dúvidas ou hesitações, recorrendo a toda a tecnologia de suporte e terapêutica que essas situações exigem. Evidenciam, porém, a necessidade de estarem despertos para *um saber-fazer com destreza, conhecimento e habilidade e simultaneamente atento às necessidades afectivas e expressivas da pessoa idosa*. Para os (as) enfermeiros (as) deste estudo, estes aspectos são indissociáveis.

“O atendimento de um idoso em estado crítico é um teste à minha capacidade de actuar e decidir com rapidez e conhecimento. Neste atendimento, as necessidades emocionais e afectivas são facilmente esquecidas se não estivermos despertos e atentos para elas” (Cravo).

“O cuidado só será completo se todas as suas dimensões estiverem presentes. Julgo que dependendo do serviço onde se trabalhe existirão sempre facilidades e limitações na concretização das diferentes dimensões do cuidado. Existem momentos em que se privilegia mais uma dimensão do que outra” (Jacinto).

Alguns (as) participantes expressam que o tempo de serviço que já possuem e as diferentes situações de cuidado que foram vivenciando aumentaram a sua *segurança no saber-fazer*. Afirmam que esta segurança é imprescindível para a efectividade da relação interpessoal. Quando se sentem seguros na realização dos procedimentos, conseguem estar por inteiro com a pessoa e viver com mais disponibilidade e intensidade o momento presente. Nesta perspectiva, todos os (as) enfermeiros (as), incluindo os mais experientes, sentem necessidade de ampliar e actualizar os seus conhecimentos para poderem *aprimorar o saber-fazer com competência e responsabilidade*. Da mesma forma, as suas atitudes de atenção, de delicadeza e preocupação em minimizar a dor e o desconforto da pessoa idosa demonstram *um saber-fazer com sensibilidade*. Recorrem a exemplos que viveram na sua prática para descreverem esta sensibilidade.

“Gostar do que faço e ter já alguns anos de serviço aumenta a minha segurança reflectindo-se no meu relacionamento e convivência com a pessoa doente. Se estou mais à vontade, também estou mais disponível para com o que a prática me proporciona. Esta segurança foi crescendo com as diferentes situações que passaram por mim” (Margarida).

“Os cabos de monitorização, os tubos, os drenos, o efeito de medicação, desencorajam e limitam os movimentos da pessoa idosa, logo precisa de ajuda para se virar sem que isso prejudique a sua estabilidade. Quando o faço procuro não magoar, faço-o com calma, devagar e de acordo com a tolerância do idoso”(Narciso).

Neste desvelar, é possível apreender a *complexidade do processo de cuidado na UCI*. Esta complexidade advém, sobretudo, da heterogeneidade que o processo assume em decorrência das pessoas envolvidas, do contexto do cuidado e da evolução da condição clínica da pessoa idosa. Os (as) participantes destacam na dinâmica deste processo, diferentes fases de cuidado, caracterizadas pelo *“Fazer por”*, *“Fazer*

por/com” e *“Fazer com*”. Neste sentido o *“fazer por*” ocorre quando a pessoa se encontra em coma ou em um estado de sedação profunda, seja para facilitar a ventilação mecânica, para realizar procedimentos invasivos, diminuir o metabolismo, controlar estados confusionais agudos ou aliviar a ansiedade. Independentemente do motivo, nestas situações, a pessoa idosa encontra-se totalmente dependente dos profissionais de saúde. Nesta fase, os (as) enfermeiros (as) destacam a observação como um instrumento precioso para a interação com a pessoa cuidada. Embora este processo não seja partilhado na sua totalidade, a pessoa idosa também participa no cuidado através dos sinais que manifesta, como, a taquicardia, a expressão facial, a agitação e a tensão muscular. Esta participação subtil do outro exige uma sensibilidade do (a) enfermeiro (a) para a percepção e interpretação desses sinais, pois são a chave secreta para o acesso ao cuidado de uma pessoa que, num determinado momento, depende totalmente dele (a).

“Estas pessoas precisam muito de nós, porque ao contrário de outros doentes, existe um período em que estes não se podem manifestar, sou eu que tenho de estar atento para reconhecer as suas necessidades e decidir por eles, o que num determinado momento será mais benéfico ou menos doloroso” (Jacinto).

“Quando a comunicação verbal não é possível a forma como eu percepciono e interpreto determinados aspectos, como, o ficar mais agitado, mais taquicárdico, maior tensão muscular, a expressão facial, são a chave para conseguir identificar as necessidades daquela pessoa idosa, para a poder tranquilizar (...)” (Papoila).

Na complexidade do processo de cuidado, pode surgir outra fase, considerada de transição entre a condição de total dependência e a condição de dependência parcial. Pode ter início com a manifestação da vontade pela pessoa cuidada, seja para expressar a sua preferência por determinado posicionamento, seja para obter mais conforto. Nesta fase, o *“fazer por*” ainda está presente, mas já se observa o início de um processo partilhado no cuidado, ou seja, do *“fazer por/com*”. Esta transição revela-se como um grande desafio para o (a) enfermeiro (a), que nem sempre está desperto(a) para ela. Muitas vezes, é a própria pessoa idosa que chama a atenção dos (as) enfermeiros (as), ao manifestar a sua própria vontade e desejo.

“O longo período de dependência faz-nos esquecer muitas vezes o momento em que a pessoa começa a ter vontade própria... desfaz os nossos posicionamentos e procura por ela mesma a posição que lhe dá mais conforto” (Margarida).

“Fui surpreendida por uma doente idosa que tentava a todo o custo levantar a roupa da cama... apesar de ter o tubo na boca sorria satisfeita. Gostava de dormir com os pés de fora da roupa e tinha conseguido transmitir o que queria. Esta experiência serviu para que no futuro estivesse mais desperta e atenta para não repetir a mesma falha” (Papoila).

O avanço para a fase seguinte do cuidado, caracterizada pelo *“fazer com*”, pressupõe uma evolução favorável do quadro clínico da pessoa idosa e uma maior capacidade de decisão e participação. Esta fase

não implica na independência total da pessoa cuidada, atendendo a que esta ainda requer cuidados diferenciados, o que justifica a sua permanência na unidade. No entanto, considerando a estabilidade da situação clínica, muitos dos procedimentos podem ser desenvolvidos em conjunto com a pessoa cuidada. Neste processo, a promoção da confiança da pessoa idosa em si é fundamental para que acredite que já readquiriu muitas das suas capacidades e comece a participar efectivamente no cuidado.

“ (...) chegou o momento de posicionar o doente, mas se a pessoa se sente confortável e não deseja mudar já de posição podemos chegar a um acordo e planear o cuidado de forma diferente, em conjunto” (Margarida).

“A forma como estou ao seu lado, como a faço acreditar que é possível e que vai conseguir porque tem capacidade é muito importante para obter a sua colaboração e sucesso do cuidado” (Camélia).

“No cuidado de higiene muitas vezes ficam parados, não tomam a iniciativa de pegarem numa esponja. Aí eu coloco uma esponja nas suas mãos e digo que já me pode ajudar. Muitos ficam surpreendidos...” (Cravo).

As acções do cuidado constituem-se num momento privilegiado de troca, em que os seres envolvidos se influenciam positivamente. Ao mesmo tempo que os (as) enfermeiros (as) dão o melhor de si, ajudando a pessoa idosa a superar a situação vivenciada, recebem desta o exemplo da sua história de vida e da sua força de vontade. Ao demonstrarem uma atitude de disponibilidade e abertura para com a pessoa idosa, os enfermeiros (as) vão aprendendo muito mais sobre as suas especificidades, as suas preocupações e os seus receios, aprofundando o seu fazer. Este aspecto é revelado na capacidade para modificarem e ajustarem o seu comportamento ao ritmo da pessoa idosa. Ao serem sensíveis à diferença e partilharem diferentes modos de ser e de estar, ambos são participantes num processo de descoberta e aprendizagem mutua.

“Sou uma pessoa muito despachada a fazer as coisas. Tento controlar este aspecto em mim quando cuido de uma pessoa idosa em que tudo é mais lento, em que as suas dificuldades e limitações estão presentes. Nesses momentos procuro ser sensível à diferença, ser paciente e ajustar-me ao ritmo do idoso...” (Margarida).

“O crescimento é comum, porque consigo satisfazer as necessidades daquela pessoa e simultaneamente aprendo com ela, podendo utilizar essa experiência noutras situações futuras” (Camélia).

Conscientes do seu compromisso de cuidado para com a pessoa idosa, alguns (mas) participantes expressam que é no regresso a casa, já fora do contexto de trabalho, que fazem uma *reflexão sobre o saber-fazer*. Nessa reflexão, questionam as decisões que tomaram e as formas de actuação. Neste processo, questionam se fizeram, efectivamente, tudo o que estava ao seu alcance. Algumas vezes, sentem

necessidade de ligar para o serviço para validar ou complementar alguma informação sobre o doente que passaram ao colega. Consideram que só assim poderão aperfeiçoar as suas formas de cuidar.

“Muitas vezes a caminho de casa penso e revejo tudo o que fiz e as decisões que tomei. Consegui ajudar a pessoa que esteve ao meu cuidado? Procedi correctamente? Fiz tudo o que estava ao meu alcance?” (Jacinto).

“Quando saio do serviço, muitas vezes penso se disse tudo o que devia na passagem de turno. Já cheguei a ligar para dar alguma indicação que considerava importante ao colega que ficou com o meu doente” (Papoila).

Somente quando se evidencia a relação interpessoal, a situação de cuidado pode acontecer. Nessa interação o *“fazer com”* não acontece somente no cuidado à pessoa idosa, abrange igualmente todos os elementos que constituem a equipa multidisciplinar. Nesta perspectiva, cinco participantes afirmam que não existe uma relação interpessoal de subalternização no ambiente de cuidado da UCI. Pelo contrário, prevalece o entendimento mútuo, a cooperação e a partilha de diferentes saberes. Cada profissional tem liberdade para agir e decidir no contexto do seu trabalho. Reconhecem que para um cuidado diferenciado comprometido com a protecção e promoção da dignidade da pessoa idosa na UCI, o envolvimento e a participação de todos é fundamental para se *estabelecer um vínculo de ajuda e confiança no processo de fazer com a equipa multidisciplinar.*

“O cuidado ao doente idoso requer muita perspicácia da parte de toda a equipa de modo a assegurar a parte técnica sem descurar a parte humana que envolve cada ser tão vulnerável enquanto doente. Para isso, têm de estar todos envolvidos, dando o seu melhor, respeitando-se uns aos outros para que o resultado final seja o bem do idoso” (Dália).

“O que ajuda a diminuir um pouco os momentos de tensão é a relação que existe entre as diferentes equipas. Existe uma relação de apoio e de ajuda, não de sobreposição. Sem duvida que desta forma o cuidado é facilitado” (Papoila).

Lidar com as diferenças neste espaço comum e delimitado que é a UCI, é referido como um grande desafio. Alguns participantes expressam que conviver com os diferentes modos de ser, estar e fazer com o outro pode gerar conflitos, que se não forem devidamente resolvidos levam à desmotivação e ao fechamento do ser em si mesmo. Afirmam que existem elementos com quem sentem maior dificuldade em partilhar determinadas decisões e pontos de vista. No entanto, procuram não deixar que essa dificuldade interfira no seu desempenho diário. Facilmente se apreende nos discursos, que alguns dos problemas que surgem no seio da equipa se devem principalmente à barreira no processo de comunicação. Ou seja, nem sempre a interpretação do que se diz corresponde ao que se desejava transmitir. A solução apontada para este problema está no desenvolvimento da *capacidade de aprender a lidar com a diferença.*

“Reconhecemos que somos pessoas diferentes, mas a forma como muitas vezes lidamos com essa diferença não é a mais correcta e acaba por surgir a crítica e a desmotivação” (Margarida).

“Determinadas decisões são mais fáceis de tomar com uns colegas do que com outros. Existem colegas para quem uma norma é uma norma, tem de ser cumprida independentemente da situação em questão” (Narciso).

No desvelar deste tema é possível apreender que para estes (as) participantes, a representação da pessoa idosa no ambiente de uma UCI implica uma vivência de cuidado mais intensa. Os discursos demonstram que o cuidado emerge enquanto processo dinâmico, complexo, diferenciado e centrado na pessoa idosa. A complexidade do processo de cuidado na UCI advém, sobretudo, da especificidade que este assume em decorrência das pessoas envolvidas, do contexto do cuidado e da evolução da condição clínica da pessoa idosa. A dinâmica deste processo integra diferentes fases de cuidado caracterizadas pelo “Fazer por”, “Fazer por/com” e “Fazer com”. A utilização do método individual de trabalho é destacada como uma possibilidade ímpar para o desenvolvimento de um cuidado mais integral, que coloca a pessoa idosa no centro do processo. Este método facilita a proximidade, o envolvimento e um atendimento voltado para as necessidades objectivas e subjectivas. O sentimento de compreensão e aproximação empática ao mundo da pessoa idosa, a presença verdadeira e a comunicação efectiva, foram expressos como atitudes e comportamentos fundamentais para poderem estabelecer um elo de ligação com quem sofre e encontrarem um modo mais humano de estar na relação de cuidado. As relações interpessoais que se efectivam no ambiente de uma UCI são imprescindíveis para o desenvolvimento do cuidado. Neste sentido, os (as) participantes revelam que precisam de reconhecer primeiramente a sua própria unicidade como cuidadores, para poderem descobrir a unicidade e realidade vivencial, não só da pessoa que cuidam, mas também dos outros elementos que constituem a equipa multidisciplinar. Assim, as acções do cuidado são reveladas como um momento privilegiado de troca, em que a capacidade para aprender a lidar com a diferença e a partilha de diferentes modos de ser e de estar constitui um processo de descoberta e aprendizagem mutua. Consideram que apesar de existirem alguns aspectos comuns, a pessoa idosa vivencia a experiência de internamento e a ruptura com o seu ambiente pessoal de uma forma heterogénea. Para facilitar a convivência da pessoa idosa com o ambiente que a envolve, estes (as) enfermeiros (as) expressam a necessidade de um aperfeiçoamento contínuo da capacidade de comunicar com o outro, para encontrarem outras formas de interacção que transmitam segurança e protecção. Os seus depoimentos desvelaram uma atenção especial às solicitações mais subtis da pessoa idosa e uma necessidade de tentar fazer diferente. Evidenciam a importância de um saber-fazer com segurança, sensibilidade, competência e responsabilidade, mas simultaneamente atento às necessidades afectivas e expressivas da pessoa idosa. Reconhecem que para um cuidado diferenciado, comprometido com a protecção e promoção da dignidade da pessoa idosa na UCI, o envolvimento e a participação de todos é fundamental para se estabelecer um vínculo de ajuda e confiança no processo de fazer com a equipa multidisciplinar.

4.2.4. Valorizando a família no cuidado à pessoa idosa na UCI

A UCI é um ambiente hospitalar presente no imaginário social, seja pela vivência pessoal, seja pela vivência de um familiar, de um amigo, vizinho, seja pela imagem veiculada pela comunicação social. A *representação social de uma UCI* está culturalmente vinculada ao sofrimento, à gravidade e à morte. Esta representação não é desconhecida para os (as) enfermeiros (as) deste estudo, que convivem no quotidiano com esta condição de vida, que é a de “ser ou ter alguém internado numa UCI”. Eles (as) referem que um familiar, ao tomar conhecimento de que um dos seus entes queridos está internado na UCI, inicia uma nova caminhada impregnada por uma aura de incertezas e mistérios. Quando o internamento diz respeito a uma pessoa idosa, esta representação é intensificada. Consequentemente, emerge no familiar sentimentos ambivalentes e conflituosos, em uma constante tensão entre a esperança na recuperação e o medo da perda. Os (as) participantes afirmam que os familiares têm consciência do risco de vida e da gravidade da situação. Contudo, também visualizam a UCI como um espaço que possui os recursos necessários para proporcionar um cuidado atento e específico. As experiências bem sucedidas de outras pessoas idosas, que, apesar da sua vulnerabilidade e fragilidade física conseguiram recuperar anunciam uma nova esperança e reforçam a convicção na recuperação de seu ente querido.

“Quando os familiares entram na unidade trazem consigo a ideia que a sociedade em geral transmite sobre estes serviços, quem fica internado numa UCI é porque está muito mal e por isso a sua vida corre perigo. Mas também têm o exemplo de outras pessoas idosas que apesar da idade, das suas doenças, da sua fragilidade física conseguiram recuperar” (Dália).

“Os familiares têm logo a percepção do risco de vida e da gravidade da situação. Mas também acreditam que é um serviço muito bem equipado, que tem todos os recursos para ajudar o seu ente querido. O curioso é que muitos têm a ideia que não podem ver o seu familiar... Esta ideia está muito marcada nas pessoas” (Tulipa).

Nesta nova fase, a angústia da família por não poder ver o seu ente querido e o desconhecimento da sua condição clínica reforçam a representação sobre o ambiente de uma UCI, que é preciso desmistificar. Para reverter essa representação, oito participantes consideram que a sua prática de cuidado deve compreender a *valorização da família como extensão da vida da pessoa idosa*. Neste sentido valorizar a família, significa acolhe-la e integrá-la dentro das limitações impostas por um ambiente de cuidado intensivo. Só *percebendo a necessidade de acolher o familiar* é que será possível humanizar um ambiente historicamente marcado pela frieza, agressividade e tecnicismo. Deste modo, foi expresso que: “... a preocupação da equipa por um cuidado mais humanizado uniu-a na criação de um protocolo de acolhimento aos familiares que visitam o doente” (Íris). Na perspectiva destes (as) enfermeiros (as), a forma como este processo de acolhimento é conduzido e o carácter humanizador que o caracteriza é determinante para a reacção do familiar ao longo do internamento. O período da visita é considerado como oportunidade de

aproximação do familiar para reforçar vínculos e minimizar o impacto com o ambiente de cuidado de uma UCI. Deste modo, o primeiro contacto do familiar na unidade é sempre com o(a) enfermeiro(a) responsável pelo doente e não com o aparato tecnológico existente. Esta atitude pretende demonstrar ao familiar que naquele momento de angústia e ansiedade, não está sozinho. Existe alguém que reconhece as suas inquietações, o seu sofrimento e que assume o compromisso de o apoiar e ajudar a enfrentar aquela situação.

“O meu primeiro contacto com o familiar acontece antes dele entrar na unidade propriamente. Isto leva a que o primeiro contacto do familiar seja com pessoas e não com as máquinas. A relação entre enfermeiro e familiar começa nesse momento ao tentar ajudar e apoiar” (Dália).

“Apesar da insegurança e ansiedade visível no rosto dos familiares existe um esforço da equipa para que não se sintam perdidos, nem sozinhos” (Cravo).

A preparação do familiar para o encontro com o doente não é, portanto, encarada como mais uma rotina, em que apenas se transmitem as regras e normas do serviço. Pelo contrário, é uma forma de atenção que demonstra sensibilidade para com as experiências do familiar e pelo modo como as vivencia. Estão conscientes de que o primeiro contacto é vital para o estabelecimento de um vínculo de confiança e respeito, que influenciará a reacção e o comportamento do familiar durante o período de internamento. O acolhimento e preparação do familiar para rever o seu ente querido é a fase inicial de uma relação que se pretende seja bem sucedida, permitindo fortalece-los para o momento que se avizinha. As emoções, os sentimentos e as informações partilhados podem não diminuir a dor do familiar, mas minimizam a sua insegurança e expectativas negativas, dando sentido à existência de ser enfermeiro (a) e à essência de cuidar.

“A forma como eu recebo o familiar é determinante para a sua reacção ao longo do internamento. Pode não diminuir a sua dor, mas se for sensível posso dar algum conforto e ajudar a enfrentar melhor a situação” (Dália).

“Tenho de ser sensível ao seu sofrimento (...). Faço o possível para que o meu relacionamento com a família não seja encarado como mais uma rotina em que devo transmitir regras e normas do serviço. Na verdade procuro esclarecer as suas dúvidas e dar todo o apoio que precisam...” (Camélia).

Quando finalmente, chega o momento do familiar entrar na unidade de internamento é confrontado com um ambiente desconhecido, despersonalizado e ameaçador. As especificidades do serviço inerentes às suas características físicas e estruturais, a tecnologia sofisticada e a própria condição da pessoa doente exercem um forte impacto sobre o familiar. Pelo exposto, a aproximação do familiar ao seu ente querido exige um acompanhamento e encorajamento permanente, como exemplifica a descrição de Cravo: “Os familiares são preparados para o momento da visita. Explicamos tudo o que vai encontrar e ajudamos a ir ao encontro do seu familiar doente”.

Perante este facto, os (as) enfermeiros (as) se esforçam para que o encontro entre familiar/pessoa idosa não seja apenas um encontro físico marcado pela condição do doente e pelo aparato que o envolve. Incentivar a interacção é uma forma de fazer chegar à pessoa idosa, o carinho familiar e um pedacinho do seu ambiente pessoal, dando um sentido de continuidade à sua vida. Contudo, quatro participantes descrevem que os *familiars reagem de forma muito diversa* a este momento vivido. Alguns ficam apavorados ao se depararem com o ambiente e com os seus ruídos. Aproximam-se devagar, permanecem parados ao lado da cama, observando prolongadamente o rosto do doente antes de tocá-lo. Parecem esquecer tudo o que lhes foi transmitido antes de entrar e não sabem como proceder, ficam pálidos e choram. Outros têm dificuldade em reconhecer a pessoa idosa, pelo seu aspecto edemaciado e algumas vezes deformado. Há ainda aqueles que sentem uma necessidade imediata de tocar, como se estivessem a certificar que realmente é o seu ente querido que está deitado naquele leito, aparentemente indiferente à sua presença. Impelidos por uma enorme curiosidade observam e questionam tudo.

“ (...) os familiares reagem de forma diferente à situação. Uns ficam apavorados com o mínimo ruído, com a reacção do doente, procuram logo em nós uma resposta para o que está acontecer. Outros são muito curiosos, ouvem a explicação mas querem ver tudo, levantam o lençol para espreitar...” (Tulipa).

“ (...) quantas vezes duvidam de estar a ver a pessoa certa porque esta se encontra tão diferente daquilo que habitualmente é. O edema da face, das mãos, a presença do tubo e dos fios sobressaltam os” (Cravo).

Considerando a unicidade de cada familiar e a sua capacidade de adaptação a uma situação de crise, os (as) participantes identificam alterações no modo de reagir dos familiares, ao longo do período de internamento da pessoa idosa. No decorrer do seu internamento, a UCI passa a representar um novo espaço no quotidiano do familiar. Por conseguinte, a estranheza diminui, as expressões de medo e angústia, presentes na sua face, perdem a rigidez dos seus contornos. Este *sentido de familiaridade com o ambiente de cuidado* acontece de uma forma lenta e gradual, sendo mais evidente quando a evolução do quadro clínico é positiva. Os seguintes discursos expressam bem essa tendência:

“Fico contente quando aquele familiar inseguro, tenso, pouco falador vai perdendo o medo e passa ao entrar na unidade a dirigir o seu olhar para o nosso balcão, nos cumprimenta e espera que lhe digamos algo de novo. Que mudança de comportamento. Admito que isto é mais visível quando a evolução é positiva” (Narciso).

“Apercebo-me que com o tempo, o comportamento receoso e silencioso de alguns familiares no período da visita se modificou. Ouço alguns comentarem com o doente que está muito melhor, que tem a barba bem feitinha...” (Íris).

O processo de adaptação a diferentes situações é uma constante no decurso da vida do ser humano. Todavia, vivenciar a realidade de uma UCI pode ser um acontecimento para o qual um familiar, naquele momento e contexto, não possui recursos, que lhe permitam ultrapassar essa situação. Neste sentido, a *orientação do familiar durante o processo de acolhimento* pode contribuir para esclarecer dúvidas, amenizar sentimentos dolorosos e favorecer uma resposta adequada à condição da pessoa idosa. Tal como foi explicitado por Tulipa: *“A minha actuação como enfermeira é tirar todas as dúvidas, diminuir a sua ansiedade e angústia”*. Conjuntamente, o acesso à informação médica também é facilitado no final de cada visita. No entanto, os (as) participantes expressam que os familiares enaltecem a informação que lhes é transmitida pelos enfermeiros (as). Justificam esta preferência pela relação de proximidade que o(a) enfermeiro(a) tem com a família, a qual fortalece os elos afectivos e o conhecimento mútuo. Neste processo relacional, procuram despertar a atenção do familiar para os pequenos sinais que diante da gravidade do quadro clínico passam muitas vezes despercebidos. Assim, não são utilizados termos técnicos que impõe a racionalidade, mas palavras, que, na sua simplicidade, revelam pequenos sinais que podem ajudar a superar os sentimentos de ambiguidade e incerteza. Quando sair da unidade, o familiar facilmente esquecerá os termos técnicos, mas as palavras reveladoras de afectividade conseguirá levar consigo. Essas com certeza permanecerão mais tempo no seu pensamento porque aprendeu a valorizá-las e lhe deram alguma serenidade.

“A ansiedade que os familiares vivem leva-os a pensar que está tudo na mesma. Então, procuro, nesses breves encontros, despertar a sua atenção para os ‘pequenos grandes’ progressos, como, não consegue abrir os olhos, mas já mexe as mãos, ou as pernas, mexe a cabeça quando se apercebe da presença de alguém” (Narciso).

“No final da visita, os familiares têm sempre oportunidade de falarem com o médico de serviço para receberem informações. Mas considero que os familiares ficam mais tranquilos quando os enfermeiros lhes dizem coisas como, hoje já conseguiu abrir os olhos, já parece compreender algumas ordens, já pede água” (Íris).

O testemunho de cinco participantes permite apreender que a orientação transmitida pode transformar a vivência de um familiar na UCI numa experiência positiva. Porém, essa transformação só é plenamente concretizada *integrando o familiar no cuidado à pessoa idosa*. Nesse sentido, é fundamental desenvolver acções que permitam *conhecer a pessoa idosa cuidada através da família* e perceber o familiar como um participante insubstituível no cuidado à pessoa idosa. Estas acções assumem um destaque particular, quando um familiar está perante o seu ente querido sem condições para interagir devido ao seu estado de inconsciência natural ou fármaco-induzido. Aparentemente, para o familiar não existe uma relação de troca pela falta de diálogo e manifestação da pessoa idosa. Os discursos dos (as) participantes revelam o seu esforço em fazer com que o familiar *reconheça o contributo da sua presença para a recuperação da pessoa*

idosa. Estimulam-nos a interagir com o seu ente querido, através da sua presença diária, das palavras de apoio, do carinho expresso no toque, no segurar as suas mãos.

“Gosto de desmistificar a ideia de que a pessoa se encontra em coma. Pois, para a maioria dos familiares, ao ver o seu ente querido a dormir, sob o efeito da sedação é vê-lo num coma profundo, entendem que o mesmo: não vê, não ouve, não vale a pena fala-lhe ou tocar, que não se apercebe da sua visita” (Tulipa).

“ (...) precisamos de os envolver e fazer sentir que podem fazer algo de muito positivo em relação à recuperação dos seus entes queridos” (Jacinto).

“Quando não podem expressar aquilo que são, aquilo que desejam, aquilo que os distingue, tenho necessidade de pedir a colaboração da família para me transmitir essas informações” (Camélia).

Os gestos e as atitudes expressos pelos (as) participantes são reveladores da importância da participação da família no processo de cuidado. Proporcionam igualmente um *equilíbrio entre o fazer e o conhecer, entre, o conviver e ser com a família*. Contudo, o relacionamento enfermeiro/familiar, apesar de ser enriquecedor, é também fonte geradora de dificuldades pessoais para lidar com experiências emocionalmente intensas. Algumas situações como: transmitir informações difíceis, a irreversibilidade do quadro clínico, as admissões para doação de órgãos potenciam essa dificuldade. Deste modo, cinco participantes concebem que estar com a família implica, algumas vezes, *em conviver com as próprias limitações*.

“... Inquieta-me quando me encontro com o familiar e tenho de dizer mantém a mesma situação. Infelizmente não tenho nada de novo para lhe dizer. Isso mexe comigo. Sinto pena” (Dália).

“Quando o investimento terapêutico não tem sucesso...sinto mais dificuldade em apoiar a família. O desgaste da família e a sua dor deixam-me constrangida” (Margarida).

A falta de controlo sobre a situação condiciona o seu agir, gerando dúvidas e um sentimento de angústia. Na prática de cuidado, não conseguem desenvolver um processo de complementaridade com o outro, pelo contrário, absorvem a realidade como se fosse parte da sua vida. Num momento em que o familiar precisa de uma escuta mais diferenciada e individualizada isso não acontece. O afastamento é um dos recursos utilizados para não terem de lidar com a dor e o sofrimento dos familiares. Desta forma, garantem o controlo das suas emoções e não são confrontados com a sua própria fragilidade. As experiências descritas demonstram uma consciência de si e das suas dificuldades:

“ Existem situações que não sei como receber os familiares, como me aproximar, como estar ao seu lado. Sinto-me angustiada com a situação e reconheço que muitas vezes me afasto e mantenho ocupada com outras coisas” (Papoila).

“Muitas vezes ao presenciar a fragilidade dos familiares, ao ter de responder às suas perguntas, tantas vezes repetidas pela ânsia de ouvirem algo diferente, uma mudança para melhor, e eu não ter nada de novo para transmitir, sou confrontado com a minha fragilidade e dificuldade em lidar com estas situações” (Jacinto).

No discurso dos (as) participantes, é possível apreender a família como foco de atenção do seu cuidado num ambiente de alta complexidade tecnológica. O reconhecimento da sua importância tem sido encarado como um avanço positivo, tendo em conta que esta não é uma condição presente noutras UCIs. Porém, o envolvimento com a família é um processo complexo. Compreende a satisfação e a gratidão do familiar, mas também os sentimentos dolorosos, acompanhados de impotência e inconformismo. Esta constatação leva os (as) enfermeiros (as) a admitirem que ainda não dispensam a atenção desejada ao familiar, dado o curto espaço de tempo da visita.

“O tempo que temos para receber o familiar é muito curto e coincide com o momento de fazermos as avaliações do turno. Por isso limitamo-nos às necessidades daquele familiar no imediato, nunca vamos mais além...” (Papoila).

“A nossa actuação fica presa aquele momento em si, ou seja, todos os outros factores que podem influenciar aquela família... não são considerados” (Camélia).

A valorização da família foi um tema de destaque na voz dos (as) enfermeiros (as) deste estudo. Essa valorização está relacionada com a necessidade de desmistificar a representação social da UCI ao familiar e com o acolhimento e integração do mesmo no cuidado à pessoa idosa. O processo de acolhimento compreende a *orientação e preparação do familiar para o encontro com o seu ente querido*. Reconhecem a importância da participação da família para o conhecimento e recuperação da pessoa cuidada. Expressam que o relacionamento enfermeiro (a) / familiar, apesar de ser enriquecedor, também implica em ter de conviver com as próprias limitações.

Procurando fazer uma síntese dos quatro temas encontrados no estudo poderia conceptualizar o cuidado à pessoa idosa em UCI como processo inter-relacional e contextual que compreende: atitudes de preocupação, envolvimento, responsabilização e valorização do ser cuidado e sua família; compromisso moral e ético para proteger a dignidade da pessoa idosa e viver em harmonia; encontro permeado de emoções e sentimentos tanto de quem cuida, como de quem é cuidado; um modo de ser, de estar e fazer com o outro; possibilidades de auto-desenvolvimento pessoal e profissional; aprendizagem e crescimento mútuo através da reflexão; conhecimentos e habilidades em saber-fazer com competência, segurança e sensibilidade (apêndice VIII).

Capítulo 5

(...) lutamos para fazermos parte daquilo que já não existe, em vez de emergirmos para dentro da nossa própria beleza, como uma flor que chegou ao seu tempo de florir. Assim, esta espalha luz, beleza e alegria a todos aqueles que a vêem e experienciam.

Jean Watson



5. DISCUSSÃO

Compreender a realidade na qual os (as) enfermeiros (as) deste estudo estão inseridos (as) implica em mergulhar na subjectividade e na sua essência, sem desconsiderar a objectividade que a permeia. Foi o testemunho de cada participante que me permitiu conhecer como constroem e interpretam a sua prática quotidiana, as suas percepções, as suas experiências e expectativas. Assim, a partir de diferentes olhares, foi possível desvelar os significados do cuidado à pessoa idosa em UCI, que se configuram em quatro temas centrais.

5.1.RECORDANDO O PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIA PARA CUIDAR EM UCI

O primeiro tema inscreve-se num espaço físico e temporal, simultaneamente único e complexo de aprendizagem e transformação de competências profissionais. A sua unicidade decorre das descobertas contínuas, da ambiguidade de sentimentos que desperta na totalidade dos (as) participantes do estudo, ao se constituir em uma *experiência nunca anteriormente vivida*. A complexidade é atribuída às características do serviço, às situações de cuidado, à diversidade de procedimentos e ao domínio da tecnologia existente, que *desafiaram constantemente as suas capacidades de adaptação*. Perante este paradoxo, o desenvolvimento da competência para o cuidado ao doente crítico é entendido como uma *caminhada que compreende várias etapas*, atendendo a que os conhecimentos e habilidades por si só eram insuficientes. Esta convicção é congruente com Le Boterf (1994), ao considerar que a competência não é um estado nem um conhecimento que se possui. Não se reduz a um saber, nem a um saber-fazer. Segundo este autor, a competência é um saber agir responsável e reconhecido pelos outros que implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, de uma forma pertinente, no momento oportuno e num contexto profissional determinado.

Deste modo, os (as) participantes admitem que na fase inicial do seu percurso em UCI, existiu a tendência para privilegiar o corpo biológico, os sinais que eram visíveis e a componente técnica. A gravidade das situações clínicas e a sua inexperiência contribuíram para o distanciamento e desvalorização da integralidade da pessoa cuidada. A este respeito, Watson (2002) adverte que a mente e as emoções da pessoa cuidada são as janelas da sua alma, pelo que o corpo físico não pode ser entendido ou tratado separadamente. Para esta autora, o corpo de uma pessoa está confinado no tempo e no espaço, mas a mente e a alma estão confinados ao universo físico. Foi com o decorrer do tempo que esta afirmação de Watson se tornou compreensível para estes (as) enfermeiros. Os problemas, as dificuldades, as situações vividas e reflectidas da prática quotidiana constituíram um estímulo para aprenderem a estabelecer laços entre o corpo e a mente, entre o sentir e as alterações fisiológicas, entre o cuidado humano e o domínio da

técnica. Perceberam que precisavam mudar a sua forma de agir e de pensar, pois não estavam apenas na presença de um corpo doente, mas da totalidade da sua existência envolvendo seus valores cognitivos, afectivos, fisiológicos, sociais e morais.

No sentido de concretizar este desejo de mudança, o *conhecimento de si* foi considerado uma condição básica. Este factor implicou em uma viagem ao *eu* interior de cada enfermeiro (a), repleta de emoções positivas e negativas vivenciadas de uma forma singular. Acreditam que o autoconhecimento e a aceitação das suas potencialidades e limitações, com autenticidade, favorecem o seu crescimento como profissionais e permitem estabelecer uma relação sincera e verdadeira com a pessoa idosa cuidada. Esta condição básica é congruente com Rispail (2003), que visualiza o desenvolvimento pessoal como a expressão de um desejo profundo da pessoa para se conhecer melhor, evoluir, ultrapassar certos bloqueios, manter relações familiares e profissionais satisfatórias, aumentar o seu campo de possibilidades. Para esta autora, é fundamental que os profissionais de enfermagem aprofundem a consciência sobre si próprios, sobre as suas crenças, os seus valores, as suas emoções, as suas aversões e motivações. Considera ainda, que ao tomarem consciência dos seus mecanismos de projecção e defesa, adquirem uma autenticidade e um nível de confiança que lhes permitirá melhorar a qualidade do cuidado desenvolvido e gerir situações difíceis.

Neste percurso de aquisição de competência para desenvolver o cuidado em UCI, foi possível apreender que todo o saber passa por uma descoberta e uma aquisição pessoal (Collière, 2003). A especificidade do saber em UCI exige destes (as) profissionais um grande investimento pessoal e uma *actualização técnica e científica constante* para um agir responsável e eficiente. Consideram que aprendem lendo, ouvindo e observando os outros. Aprendem se tiverem *abertura e humildade para partilhar as suas dificuldades e limitações*. Aprendem cuidando e cuidam aprendendo. Isto porque segundo Collière (2003), o processo de cuidado ao promover o auto-desenvolvimento do enfermeiro (a) ao longo da sua experiência profissional também é formativo.

Contudo, Costa (2006) afirma que a construção da competência *não resulta apenas de um acto ou esforço individual e isolado, inclui também uma dimensão colectiva*, uma descoberta conjunta. Nesta perspectiva, alguns testemunhos do estudo evidenciam que o apoio, a partilha e a complementaridade de diferentes saberes entre os elementos da equipa multidisciplinar constituem um recurso formativo, não apenas na vertente técnica, mas também na vertente relacional e emocional. A experiência acumulada em situações reais de cuidado, acrescida das *interacções entre os profissionais* na resolução de problemas e dificuldades no quotidiano de trabalho constituem oportunidades de aprendizagem e crescimento do grupo.

Moniz (2003) considera que a experiência profissional designa conhecimento experimentado por quem o constrói e pela utilidade e sentido que lhe dá. No entanto, adverte que o saber adquirido pela experiência precisa ser submetido a um processo de reorganização, de reconstrução e de transformação. Precisa ser fortalecido e articulado com um saber permanente, evolutivo e científico. Para concretizar essa

articulação, estes (as) enfermeiros (as) sentem necessidade de recorrer a estratégias formais de formação. Assim sendo, salientam a formação realizada no exterior como uma oportunidade de ampliarem horizontes, conhecerem realidades diferentes e adquirirem recursos teóricos e técnicos que possam ser mobilizados para situações concretas de cuidado à pessoa idosa na UCI. Relativamente à formação em serviço, reconhecem que inicialmente foi muito dinamizada pela necessidade de ultrapassarem dificuldades no domínio técnico, colmatarem algumas falhas e uniformizarem procedimentos, mas que ultimamente é uma prática menos frequente e menos participativa. Este aspecto suscita um questionamento: como se pode justificar a perda de interesse e de motivação pela formação em serviço, quando os discursos destes (as) enfermeiros (as) evidenciam a importância da complementaridade nas relações interpessoais para a aquisição de competência?

Parece que estes (as) profissionais ainda não descobriram que a formação em serviço, para além dos aspectos técnicos e científicos abordados, poderia constituir-se em espaço e momento de reflexão conjunta sobre situações de cuidado significativas e com impacto na sua vida emocional. O confronto com as próprias limitações perante a perda, o conviver com o familiar em momentos difíceis, os dilemas éticos que envolvem algumas decisões, por vezes, impedem uma vivência harmoniosa do processo de cuidado, de acordo com as suas crenças e valores. Normalmente, estes acontecimentos são vividos em silêncio e, pontualmente comentados com alguns colegas ou numa passagem de turno. De acordo com Costa (2006), reflexão e formação, trabalho e trabalhador surgem como dois pólos fulcrais para a compreensão do desenvolvimento de competências. A reflexão na e sobre a acção torna o profissional mais consciente de si e das suas acções, criticando-as, autocriticando-se, superando-se. Neste sentido, as situações de cuidado podem ser comuns, mas estão permeadas pela singularidade, intensidade e nuance própria do (a) enfermeiro (a) que a viveu (Diogo, 2006). Então, para que o cuidado autêntico possa ser uma realidade, estes (as) enfermeiros (as) precisam de ter oportunidade de falarem e expressarem aquilo que sentem e que os inquieta no seu quotidiano de trabalho. Só cuidando de si, no aspecto físico, emocional e mental poderão cuidar do outro de modo integral. Como tal, a partilha dos aspectos relacionais e expressivos do cuidado em dinâmica de grupo, sabendo ouvir e sendo sensível às dificuldades do outro colega, poderá constituir-se um suporte para a equipa transformar a prática de cuidado e de viver em UCI.

Em síntese, os testemunhos permitem apreender que a construção da competência para o cuidado à pessoa idosa em UCI percorre a complexidade do ambiente de cuidado e se evidencia como um processo evolutivo, dinâmico, simultaneamente individual e colectivo. Engloba as representações dos (as) enfermeiros (as), o seu percurso de vida e de socialização. Inclui a experiência adquirida na prática e a formação continua, complementada com as relações interpessoais estabelecidas no seio da equipa. A articulação de todos estes aspectos no processo de cuidado conduz a um agir integrador que se torna visível nos momentos em que estes (as) enfermeiros (as) descrevem as suas experiências e vivências de cuidado. A capacidade reflexiva, sustentada pelo diálogo multidisciplinar, apela à mobilização e reconstrução de novos

saberes, abrindo um novo caminho para continuarem a aprofundar, consolidar e transformar a sua prática quotidiana.

5.2. (RE) CRIANDO O AMBIENTE DE CUIDADO DA UCI

Na análise do segundo tema, foi possível apreender que quase todos os discursos destacam a especificidade das dimensões relacionais e contextuais do ambiente no processo de cuidado. As representações dos (as) enfermeiros (as) sobre o ambiente de cuidado da UCI evidenciam, por um lado, a satisfação e, por outro, o desgaste emocional. A satisfação é expressa pelas excelentes condições físicas do serviço, pelos recursos materiais e humanos disponíveis e pela proximidade com a pessoa cuidada. O desgaste emocional tem origem na necessidade de conviverem com a gravidade das situações e com as suas próprias limitações perante o sofrimento das famílias e sensação de impotência profissional face ao risco da morte. Esta percepção tem sido reforçada pela literatura, na qual o ambiente da UCI é caracterizado por uma forte carga emocional, em que a vida e a morte se misturam, compondo um cenário desgastante e requerendo que os profissionais estejam face a face com as próprias emoções e conflitos (Vila e Rossi, 2002; Lucena e Crossetti, 2004; Leite e Vila, 2005).

O ritmo de trabalho é intenso e ininterrupto, desenvolvido num espaço fechado que propicia o isolamento do meio exterior, acompanhado pela imprevisibilidade das situações, pelo ruído constante produzido pelos equipamentos e actividade dos profissionais. Santos, Oliveira e Moreira (2006) consideram que estas características do ambiente de cuidado em UCI podem gerar nos profissionais alterações fisiológicas, emocionais, cognitivas e comportamentais que nem sempre são valorizadas. São naturalizadas como se fizessem parte da profissão. Todavia, na perspectiva destes (as) enfermeiros (as), o ambiente de cuidado da UCI não é somente composto pelos aspectos físicos. Reconhecem, igualmente, *a influência do ambiente nas relações interpessoais* que estabelecem e no cuidado que desenvolvem à pessoa idosa. No entanto, também acreditam que *estas relações podem influenciar o ambiente de cuidado*. Neste âmbito, acentuam a importância de gostarem do que fazem e do *espírito de colaboração e entreajuda no seio da equipa* para ultrapassarem as tensões, as perdas, as frustrações e os conflitos. Acreditam que ao se manterem unidos, de forma coesa, desenvolvem condições de trabalho que favorecem o equilíbrio de todos. A este propósito, Lima (2006) defende que um ambiente onde é possível trabalhar com prazer, envolve a equipa de forma positiva, liberta a criatividade de cada um, a força interior e o potencial para procurar sempre dar o melhor de si.

O ambiente da UCI é descrito pelos (as) participantes como um espaço onde *a presença da tecnologia constitui uma referência marcante*. A sua utilização permite que muitas situações limite sejam revertidas a favor da vida, valorizando, assim, o seu trabalho e conferindo-lhes prestígio e reconhecimento. Esta descrição é validada por Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2003) ao afirmarem que a crescente

atração pelo conhecimento e manuseio de equipamentos sofisticados criou o mito de que os profissionais que actuam em ambiente tecnológico são insuperáveis, contribuindo para a sua valorização. No entanto, apesar dos recursos tecnológicos avançados abrirem novas perspectivas para o sucesso do cuidado ao doente crítico, estes (as) profissionais expressam que vivem uma *tensão permanente entre o ser e o não-ser no mundo*. Muitas vezes, a tecnologia utilizada não consegue dar resposta e o esforço, dedicação e o empenho destes (as) enfermeiros (as) não são suficientes para manter a vida da pessoa idosa. Consequentemente, as suas expectativas são frustradas e acabam por expor a sua vulnerabilidade e fragilidade perante a perda. Confessam que a convivência diária com o processo de morrer, a experiência profissional e o amadurecimento pessoal não têm conseguido diminuir o seu temor e a sua angústia. Lucena e Crossetti (2004) explicam que o sentimento de temor que a morte desperta se expressa na dificuldade do ser humano lidar com a finitude. A aceitação da morte depende da consciência que temos dela em nossa vida, estando presente nas crenças, valores e visão do mundo que cada um traz consigo.

Inegavelmente, a UCI é o lugar onde a morte se esconde e se apresenta como geradora de ansiedade pela ambiguidade de sentimentos que representa. Esta percepção é particularmente visível quando o processo de morrer é precedido, por um lado, pela vontade de manter a pessoa idosa presa ao mundo através da continuidade dos investimentos terapêuticos. Por outro, pelo desejo de terminar com o longo período de sofrimento da pessoa idosa e com uma expectativa que nunca poderá ser real, dada a confirmação da irreversibilidade do seu quadro clínico. Durante o processo de finitude, certos (as) participantes admitem que recorrem a algumas formas de protecção para não abrirem espaço à vivência da dor, para não exteriorizarem aquilo que sentem e pensam. Na literatura são explicitadas diferentes formas de protecção utilizadas pelos (as) enfermeiros (as) quando confrontados com situações que envolvem sofrimento, dor e morte. O distanciamento do pensamento, a concentração no agir na acção concreta, o fechar-se sobre si mesmo (a), o afastamento do cuidado, são alguns exemplos que reforçam as dificuldades em lidar com as experiencias emocionais na prática de cuidar (Diogo, 2006).

Determinados (as) participantes revelam estarem mais vocacionados (as) para cuidarem a pessoa idosa cuja cura é possível, em relação àquela em que a esperança de recuperação é nula. No entanto, admitem que o cuidado permanece, independentemente da possibilidade da cura. Embora reconheçam as suas dificuldades pessoais em lidar com a situação, estes (as) enfermeiros (as) revelam um comprometimento com a aproximação do momento de não-ser no mundo, desconhecido em sua essência. Defendem que ao contrário dos investimentos terapêuticos, o controlo da dor, o alívio do desconforto e a sua presença para facilitar o desligamento da pessoa idosa com a serenidade e dignidade que merece nunca poderão ser considerados fúteis ou inúteis. Esta atitude vai ao encontro de Leininger (1995), ao afirmar que o cuidado existe sem cura, mas que a cura não acontece sem o cuidado.

Nos testemunhos de alguns (as) enfermeiros (as) é perceptível o seu esforço para conviverem de uma forma aceitável com o processo de morrer da pessoa idosa e com os seus sentimentos de negação e

frustração vividos silenciosamente. Contudo, constato que nenhum (a) participante reconheceu a dimensão espiritual do Ser como aliada no processo de cuidado. Segundo Watson (1985), a dimensão espiritual é a essência dos seres humanos, pelo que *estar presente* no cuidado pressupõe reconhecer a importância desta dimensão. Valorizar as forças existenciais, fenomenológicas e espirituais no cuidado humano auxilia o ser cuidado a transcender o seu sofrimento e o ser cuidador a encontrar significados para a sua vida pessoal e profissional. Backes e Erdmann (2008), consideram que o cuidado espiritual permite perscrutar a essência do ser humano total e alcançar as sombras, temores e anseios que a técnica jamais pode alcançar. Para as autoras, todo e qualquer cuidado requer por parte do profissional um confronto com o “sagrado”, que se revela continuamente, por meio de palavras, olhares, gestos e mensagens conscientes ou inconscientes. Ao participar de forma consciente e corajosa na aventura de desvendar o “sagrado” incontido ou reprimido, o profissional se permitirá ser mais integral e autêntico consigo mesmo, terá maior capacidade de reconhecer as forças que actuam no outro e mostrará competência entre o ser e o fazer.

Transformar e humanizar o ambiente de cuidado da UCI constitui um desejo e um objectivo permanente no quotidiano destes (as) enfermeiros (as). Expressam que existe ainda muito por fazer no sentido de proporcionar à pessoa idosa um ambiente acolhedor, protector, com maior privacidade e envolvimento da família. Segundo Cunha (2007), para que a humanização se estabeleça num ambiente tecnológico hospitalar, com suas diferentes interfaces, como o conhecimento, o comprometimento, a consciência, a doação e a partilha, é necessário o esforço de todas as pessoas envolvidas nas acções de cuidado e o respeito pelas diferentes expressões. Neste sentido, os (as) participantes consideram que é preciso ultrapassar barreiras, abrir novos caminhos, terem uma postura mais participativa e mais flexível perante as normas e rotinas da unidade, de modo a que o cuidado à pessoa idosa e sua família tenha uma perspectiva muito mais integradora. Esta percepção é congruente com Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2003) quando referem que a humanização das relações do cuidado poderá ser uma realidade quando o contexto social incorporar e valorizar a dimensão humana de cada pessoa. Para as autoras, a humanização decorre do olhar compreensivo e da presença solidária do (a) profissional, pelo que se torna imperioso repensar a flexibilidade na utilização dos protocolos rígidos, das normas e rotinas no ambiente hospitalar.

Posso apreender que no ambiente desta UCI, as atenções estão voltadas para os aspectos físicos, mas também para as diferentes dimensões que compõem o ser humano, aquelas que exigem as habilidades técnico-científicas e aquelas que envolvem a sensibilidade e a humanização. Têm consciência de que a concretização de qualquer mudança ou transformação solicita a vontade de um e a receptividade do outro, o respeito pelo individual sem esquecer o colectivo. A humanização do ambiente de cuidado é um objectivo a ser perseguido. Certamente todos os aspectos que a compõem não poderão ser quantificados, mas podem ser sentidos e percebidos pela pessoa idosa, sua família e equipa multidisciplinar.

5.3. EXPERIENCIANDO O CUIDADO À PESSOA IDOSA NA UCI

O terceiro tema está repleto de aspectos singulares, subjectivos e autênticos, que se revelam nas relações intersubjectivas entre enfermeiro (a), pessoa idosa e família e no apoio da tecnologia, sem se deixar resumir a ela. O cuidado faz parte da essência humana, não é um acto pontual, mas a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros (Boff, 1999). Quando os outros são pessoas idosas, as descrições dos (as) enfermeiros (as) revelam que as experiências pessoais e o contexto profissional conduzem a vivências de cuidado diferenciadas. No entanto, ao transporem a sua *representação de pessoa idosa* para o ambiente da UCI, esta *adquire um significado mais profundo pelas especificidades e particularidades que a revestem*. Assim, consideram a pessoa idosa um ser vulnerável, carente de afectos, que requer atenção, paciência, dedicação e carinho. Esta representação é consistente com Leite (2007), ao afirmar que quando o foco de cuidado é a pessoa idosa, as atitudes relativas à formação de vínculo, afecto e atenção requerem maior intensidade. Segundo Pelzer & Sandri (2002), na nossa sociedade, esquecemos muitas vezes que o mundo dos afectos não sofre um processo de deterioração com o avançar dos anos. A pessoa idosa é um ser em transformação que tem o desejo de amar e ser amada, ser útil e independente e sentir o significado profundo que representa a sua existência ao longo do curso de vida. Esta realidade específica requer destes (as) enfermeiros (as), uma atitude de alerta constante para permanecerem focados na pessoa em si, por mais eficientes e modernos que sejam os recursos tecnológicos ao seu dispor.

Embora reconheçam os benefícios e a importância da tecnologia no seu saber-fazer, estão conscientes de que a utilização da mesma jamais poderá substituir a presença do seu toque, do seu olhar, da sua sensibilidade, da sua dedicação, do seu interesse em perceber e compreender o outro. Para eles (as), o cuidado numa UCI exige mais que destreza e habilidades técnicas. Impõe uma atenção diferenciada ao ser na totalidade da sua existência, reconhecendo a sua integralidade, necessidades e expectativas. Quando partilham a sua vivência, evidenciam a preocupação em *encontrar uma sinergia entre o aperfeiçoamento técnico-científico e um modo mais humano de estar na relação de cuidado*. Este reconhecimento é reforçado por Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann (2003) quando explicitam que é indispensável colocar a vida do ser humano como o bem maior, o valor inviolável que precisa ser respeitado em todas as situações. Na sua opinião, cuidar o Ser Humano com competência técnico-científica e humana constitui um grande desafio, uma vez que a tecnologia propicia a esperança de uma vida melhor e com qualidade, mas também impõe questionamentos e apreensões que causam perplexidade e inquietação. Esta evidência reforça a perspectiva de Bettinelli (2002), quando afirma que somente com a interacção da corrente tecnológica e humana é possível desenvolver um cuidado solidário, individual e qualificado.

A este respeito, Silva (1999), explicita que a dimensão afectiva/expressiva e a dimensão técnica/instrumental estão simultaneamente presentes no encontro do cuidado, embora a forma, a intensidade e a valorização das mesmas possam variar. Dependendo da situação e do contexto do cuidado,

existem momentos em que uma das dimensões é mais importante do que a outra. Este pensamento reflecte a prática de cuidado destes (as) enfermeiros (as). Os seus depoimentos evidenciam *um saber-fazer com destreza, conhecimento e habilidade, mas simultaneamente atento às necessidades afectivas/expressivas* da pessoa idosa. Confirmam que estes dois aspectos são indissociáveis para *valorizarem a pessoa idosa como um todo*. No entanto, reconhecem que em situações de emergência ou decorrentes da instabilidade do quadro clínico, a vertente técnico/instrumental prevalece sobre a afectiva/expressiva, que surge subsequentemente.

Combinar as duas dimensões, no quotidiano da prática de cuidado, representa um grande desafio, uma vez que ambas se complementam e fazem parte da integralidade da experiência humana. Estes (as) enfermeiros (as) estão convictos (as) que encontram a resposta na *utilização do método individual de trabalho* que coloca a pessoa idosa no centro do processo de cuidado. A intensidade do ritmo de trabalho e a pressão do tempo para realizar as inúmeras actividades exige uma grande capacidade de sistematização e organização da sua prática, para assim, estabelecerem prioridades no processo de cuidar. Consequentemente, este método constitui-se num aliado importante na utilização do tempo, permitindo humanizar o cuidado, ao facilitar a aproximação e relação interpessoal entre cuidador e pessoa cuidada. Esta aproximação é valorizada por Silva (1998) quando afirma que a mesma facilita a criação de vínculos entre cuidador e pessoa cuidada. Neste processo, ambos aprendem a se expressar, a se perceber e a conhecer através da riqueza de detalhes e da troca, muitas vezes intencional, de emoções e sensações.

A vida humana é relacional e decorrente de experiências e vivências com o outro, uma vez que o encontro exige olhar as diferenças, a universalidade e a diversidade do ser humano. Para Honoré (2004), as diferenças complementam-se no encontro de duas pessoas, cada uma naquilo que é e de acordo com as suas potencialidades para fazer algo. O ser humano existe em co-naturalidade com os outros, portanto, o *eu* nunca está só. O encontro com o outro é um elemento essencial e integral nas relações recíprocas do ser e do mundo. Pelos discursos dos (as) enfermeiros (as), é possível perceber que apesar de possuírem um corpo de conhecimentos comum, reconhecem um modo de ser e de fazer diferente, um modo de colocar algo de muito pessoal numa relação de cuidado. Por este facto, sentem que precisam de *reconhecer primeiramente a sua própria unicidade como cuidadores (as)*, para poderem descobrir a unicidade e a realidade vivencial da pessoa cuidada. Como refere Cunha (2007), todos cuidam, o que difere o cuidado de cada profissional é a forma de efectivá-lo. E a forma de efectivar o cuidado humano, somente pode ser demonstrada e praticada através das relações interpessoais (Watson, 1985). Nessa relação, cada um coloca um pouco de si, mostra-se em seu modo de agir e influencia o outro de forma negativa ou positiva. O relacionamento é valorizado como uma forma de expressão, de aprendizagem, de crescimento do ser em busca da harmonia.

Perante o exposto, o encontro com a pessoa idosa para os (as) enfermeiros (a) não pode ser fortuito, impessoal, desprovido de afectividade e emoção. Persegue o objectivo de criar vínculos de confiança. Para

se obter o sentimento de confiança, os (as) enfermeiros (as) precisam ser portadores de um sistema de valores humanista e altruísta, terem sensibilidade para consigo próprios e para com os outros e competências profissionais adaptadas a cada situação de cuidados (Watson, 1985). Quando o ser que cuida se encontra inteiramente presente no tempo e espaço vivido do ser que é cuidado, denomina-se presença genuína (Paterson e Zderad, 1979). Porém, o estar por inteiro significa mais que estar fisicamente presente, implica em uma presença do ser que transforma e ajuda o outro a transcender a sua condição de penúria, sofrimento e dor (Silva, 1999). Para os (as) participantes o *estar presente* é revelado na intenção de estar ao lado da pessoa idosa, na disponibilidade e interesse sincero em a ajudar. Engloba igualmente a capacidade de *estarem atentos às suas solicitações mais subtis e tentarem fazer diferente*. Ao demonstrarem sensibilidade para com o momento crítico, vivenciado pela pessoa idosa, procuram estar presentes e serem presença no ambiente de cuidado com o outro. Para desenvolverem *um sentimento de compreensão e aproximação ao mundo subjectivo da pessoa idosa*, consideram indispensável saírem da sua estrutura referencial e se *colocarem no seu lugar*. Para eles (as), é importante entrarem no universo perceptivo do outro, para encontrarem respostas que permitam valorizar e reafirmar o ser e estar com a pessoa idosa, ter consciência dos seus sentimentos, receios e tensões. Esta capacidade de imersão no mundo subjectivo do outro e de participação da sua experiência, na extensão em que a comunicação verbal ou não verbal o permite, foi definida por Rogers (1985), como compreensão empática. É um processo dinâmico, que significa a capacidade de se colocar verdadeiramente no lugar do outro, de ver o mundo como ele o vê.

Neste sentido, os discursos não ignoram que a compreensão da pessoa idosa sobre o ambiente de cuidado, nem sempre está em sintonia com a sua. Cada ser humano sente a passagem do tempo e percebe o espaço de acordo com o que está acontecendo na sua vida naquele determinado momento (Paterson e Zderad, 1979). Para a pessoa idosa o internamento na UCI representa uma ruptura com o seu ambiente pessoal e a imposição de uma nova rotina. São imensas as emoções, sentimentos, percepções e intersubjectividades que permeiam a mente da pessoa idosa, pelo que a sua reacção ao vivido é considerada pelos (as) participantes como sendo bastante heterogénea. Existem pessoas idosas que reagem muito bem ao internamento e a todo o processo terapêutico, mas existem outras que não aceitam bem, sendo bem visível a sua revolta e negação.

Para amenizar essas reacções e facilitar a convivência da pessoa idosa com o ambiente que a envolve, estes (as) enfermeiros (as) expressam *respeito pela sua unicidade, individualidade e privacidade*. Lazure (1994) afirma que respeitar o outro é aceitar humanamente sua realidade presente de ser único, é demonstrar-lhe verdadeiramente consideração por aquilo que ele é, com as suas expectativas, sentimentos e potencial. Nesta perspectiva, as descrições revelam preocupação em personalizarem a pessoa idosa, tratando-a pelo nome que gosta de ser chamada. Para salvaguardarem a sua intimidade, solicitam a sua permissão para a destapar em procedimentos tão comuns, como a higiene e posicionamentos, explicando o motivo dessa necessidade.

Do mesmo modo, os discursos dos (as) participantes evidenciam a *comunicação efectiva* como um dos pontos mais importantes do processo de cuidado e que pode influenciar de forma marcante o comportamento da pessoa idosa no decorrer do internamento. Cada enfermeiro (a), de acordo com as suas características pessoais, criatividade e desejo, desenvolve esforços para compreender e perceber as necessidades subjectivas da pessoa idosa, os seus gestos, os seus acenos com a cabeça, o fechar ou o piscar dos olhos, o seu sorriso. Algumas particularidades, como o estado de coma, a entubação, o analfabetismo e a diminuição da acuidade auditiva são um estímulo para estes (as) enfermeiros (as) *aprimorarem a arte de comunicar*. Sentem que precisam *descobrir outras formas de interacção que espelhem uma atitude de proximidade e afecto* e transmitam segurança e protecção. Assim, o aperfeiçoamento da sua postura corporal, a delicadeza dos seus gestos, o modo como tocam o outro, o olhar compreensivo e o tom de voz, são formas de expressão encaradas como um *desafio contínuo à sua criatividade e sensibilidade*. A esse respeito, Boff (1999) explicita que o rosto possui um olhar e uma irradiação da qual ninguém se pode subtrair e a mão que toca e afaga é uma mão que estabelece relação. Essa mão é revestida de paciência, toca sem ferir e revela um modo-de-ser carinhoso de uma pessoa humana.

Neste desvelar, posso apreender que a *complexidade do cuidado em UCI* se evidencia pelo esforço destes (as) participantes em garantir o equilíbrio e a harmonia nos momentos de encontro com a pessoa idosa, num movimento de complementaridade de sentimentos, acções e reacções. Para Boff (1999:91), “O cuidado somente surge quando a essência de alguém tem importância para mim. Passo, então, a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida”. Quando se transpõe este pensamento para o contexto da UCI, apreende-se que a dedicação e participação destes (as) enfermeiros (as) no destino da pessoa idosa assumem características diferentes ao longo do seu internamento. Na verdade, o cuidado desenvolvido tende a *compreender várias etapas, pelo que* não é um processo homogéneo. Parece começar no *cuidado pelo outro*. Neste período, a observação como forma de interacção e acção é um instrumento precioso, uma vez que a pessoa idosa se encontra num grau de sedação profundo. Contudo, mesmo não sendo um processo partilhado na totalidade, a pessoa idosa participa no cuidado de uma forma subtil através dos sinais que manifesta, como taquicardia, expressão facial, agitação e tensão muscular. Estes sinais exigem do cuidador um olhar perspicaz e um *saber-fazer com sensibilidade*, que é demonstrado pelas atitudes de atenção, percepção e interpretação das mensagens que a pessoa idosa transmite. Os (as) enfermeiros sentem-se amparados e protegidos pelo alarme dos aparelhos que anunciam qualquer anormalidade. Porém, essa segurança tem por trás um ser humano que programa essas máquinas, ajusta os seus parâmetros e alarmes, supervisiona o seu funcionamento. Apesar da pessoa idosa não ter essa percepção, nesses momentos os (as) enfermeiros (as) também estão genuinamente presentes, ao demonstrarem competência técnica, capacidade crítica, sensibilidade e compromisso na utilização da tecnologia. Embora a pessoa idosa não possa manifestar as

suas necessidades, ela é percebida como presença humana e não como um objecto em que se deposita uma acção.

A etapa da transição do *cuidado pelo*, para o *cuidado com*, revela-se como um grande desafio para estes (as) enfermeiros (as), pela dificuldade em, muitas vezes, reconhecerem as situações em que já não precisam substituir ou tomar decisões pelo outro. Em algumas circunstâncias é o comportamento da pessoa idosa que desperta a atenção dos profissionais para a sua capacidade de manifestar os seus desejos e vontade própria.

Na última etapa, que corresponde ao *cuidado com o outro*, a relação interpessoal caracteriza-se por ser uma relação de parceria. Neste processo, os (as) enfermeiros (as) mencionam que a promoção da confiança da pessoa idosa em si é fundamental para que acredite que já recuperou muitas das suas capacidades e comece a participar activamente no cuidado. Então, enfermeiro (a) e pessoa idosa passam a ser participantes num *processo de descoberta e aprendizagem mútua*, as acções de cuidado constituem-se em *momento privilegiado de troca*, em que os seres envolvidos se influenciam positivamente (Silva, 1998). Deste modo, estes (as) enfermeiros (as) evidenciam que ao se centrarem no outro, ao sentirem o outro, ao alternarem os ritmos de cuidado e mudarem de opinião a favor do outro, estão a participar da sua existência. Com esta atitude de acompanhamento, aprofundam o seu fazer e aprendem muito mais sobre as especificidades do cuidado à pessoa idosa. Quando isto acontece, a relação não é de domínio sobre, mas de convivência, não é pura intervenção, mas interacção e comunhão (Boff, 1999).

Somente quando se evidencia a relação interpessoal, a situação de cuidado pode acontecer. Porém, na perspectiva dos (as) enfermeiros (as) deste estudo este processo de interacção evidenciado pelo “fazer com” não acontece somente no cuidado à pessoa idosa, abrange também a equipa multidisciplinar. Reconhecem que para desenvolverem um cuidado diferenciado e comprometido com a protecção e a promoção da dignidade da pessoa idosa em UCI, a participação, reciprocidade e envolvimento de todos os profissionais que integram a equipa é fundamental. Expressam em seus depoimentos os diferentes modos de ser, de estar e de fazer. Consequentemente, existem diferentes perspectivas de cuidado. Referem que em alguns momentos as diferenças não são respeitadas, pelo que surge a crítica, a desmotivação e o conflito de ideias. A este respeito, Hesbeen (2004) defende que é importante reconhecer que em alguns contextos de trabalho, as formas de relacionamento nem sempre são as mais respeitáveis e cordiais. Na sua opinião, pressiona-se muito, julga-se frequentemente de forma depreciativa, dão-se ordens, impõe-se, engana-se, denigre-se, fazem-se observações insidiosas; rejeita-se, exclui-se.

Contudo, no contexto em estudo, os depoimentos exprimem que o *entendimento mútuo e a cooperação prevalecem relativamente à de subalternização*. Estes profissionais estão conscientes da necessidade de manterem boas relações interpessoais. Acreditam que quando partilham conhecimentos e experiências, quando compreendem e aceitam a diversidade de cada ser e de cada agir profissional estão a construir um ambiente de cuidado mais humanizado. Qualquer falha no processo relacional torna-o ineficaz,

com inúmeras barreiras e limitações. Como refere Rodrigues (1991), o trabalho em equipa pode ser extremamente positivo se cada elemento for capaz de respeitar a posição do outro, discutindo as ideias e aquilo que elas veiculam e não as pessoas. Nenhum profissional isoladamente pode dar uma atenção integral às necessidades da pessoa que precisa ser cuidada, o que torna imperioso reconhecer a complementaridade das acções dos diferentes elementos da equipa. O diálogo genuíno, proposto por Paterson e Zderad (1979), necessita ser exercitado na coerência interdisciplinar do sistema de cuidado, o qual está permeado por dimensões éticas, estéticas, pessoais, empíricas e fundamentalmente, pela intersubjectividade humanística.

A complexidade do cuidado numa UCI exige que os diferentes profissionais *articulem os seus conhecimentos e habilidades*, para que numa luta conjunta alcancem um objectivo comum, que é a melhoria da condição clínica da pessoa idosa. Realizar as acções de cunho técnico-científico é mais fácil que exercitar as relações intersubjectivas. Cuidar com o outro, no mesmo espaço e tempo, exige a abertura do ser, humildade e o desligamento de preconceções. Neste sentido, Bettinelli (2002) defende que a solidariedade actua como um valor mediador nas relações humanas e facilita a flexibilização das fronteiras individuais e colectivas. O cuidado solidário é um aliado fiel e imprescindível que favorece a cooperação, a complementaridade e possibilita a aproximação e a dialogicidade. Somente activando as premissas do cuidado solidário é possível melhorar as formas de actuar em conjunto, em equipa. Concomitantemente, Sousa e Erdmann (2008) defendem que é preciso romper velhas amarras e investir no novo, superar o instituído e experimentar o agir totalizante. Este agir se constitui numa atitude interdisciplinar e transformadora do cuidado, cuja integralidade abarca a diversidade, o pluralismo e a complexidade do real. Segundo as autoras, na integralidade, o domínio de uma disciplina pela outra é substituído pela interacção e pela integração de sujeitos e saberes, em um exercício que possibilita o diálogo do científico e do técnico com outros campos do saber, como o religioso, o popular e o filosófico.

Este tema permitiu confirmar que o cuidado em UCI não ocorre no vazio e sim no contexto das experiências humanas (Silva, 2000). No entanto, para o cuidado do outro é imprescindível o cuidado de si primeiramente. Aquele que cuida de si sente-se comprometido com a vida como um todo (Silva, 2000). Por isso, os dados obtidos na caracterização dos participantes levam-me a questionar: Como podem estes (as) enfermeiros (as) estar disponíveis para cuidarem do outro de um modo integral, quando a necessidade de duplo emprego e o trabalho por turnos comprometem o seu convívio social e familiar e reduz o tempo para cuidarem de si mesmos? Foi com alguma surpresa que constatei que apenas dois testemunhos assumiram em alguns momentos a negação de si mesmos (as) e do seu bem-estar, quer no espaço de trabalho, quer na vida pessoal. Expressaram que sentem que a sua profissão não é valorizada pela sociedade e pelas pessoas que lhes são próximas. O seu esforço diário para manterem todos os papéis sociais não é reconhecido. A desmotivação é ainda maior quando recordam o impasse da sua carreira e comparam a qualidade de vida que têm com a de outros familiares e amigos. Apesar destes dados não terem sido contemplados na análise

pelo número não ser expressivo, considero que é importante mencionar que existem diversos tipos de cuidado que devem ser compatíveis em harmonia. Como refere Mayeroff (1990:71), “Minha vida não pode ser ordenada harmoniosamente, por exemplo, se há uma incompatibilidade básica entre o cuidado no meu trabalho e o cuidado pela minha família, ou entre o cuidado por mim e o cuidado por uma pessoa em particular. A harmonia pode tolerar conflitos ocasionais como prioridade; há ocasiões em que um cuidado vem primeiro em detrimento do outro” Tendo presente que o cuidado é resultante da relação de interacção e reciprocidade estabelecida entre o ser cuidado e o ser cuidador, os reflexos do profissional que exercita o cuidado de si, ou o nega, estarão permeados nas acções de cuidado com o outro. Para que estes (as) enfermeiros (as) possam desenvolver um cuidado humanizado, precisam que as suas dignidades e condições humanas sejam respeitadas, precisam se sentir cuidados, precisam que os diferentes tipos de cuidado estejam em harmonia, o que nem sempre acontece.

5.4. VALORIZANDO A FAMÍLIA NO CUIDADO À PESSOA IDOSA NA UCI

O quarto tema vem comprovar que o cuidado desenvolvido na UCI também envolve parcerias que se efectivam na complementaridade das acções de saúde. A família como unidade fundamental da sociedade (Imagínario, 2004) é encarada pelos (as) participantes como uma dessas parcerias. Numa perspectiva sistémica, facilmente se compreende que a doença grave ou a incapacidade num membro da família afecta significativamente a família e o seu funcionamento (Friedman, 1992). Esta afirmação assume uma maior relevância quando esse elemento é uma pessoa idosa internada numa UCI. O desconhecimento e a *influência da representação social*, culturalmente vinculada ao sofrimento, à gravidade e à morte despertam no familiar sentimentos de angústia e ansiedade. Neste sentido, os depoimentos evidenciam uma prática de cuidado que compreende a *valorização da família, como extensão da pessoa idosa*. Valorizar o outro caracteriza-se pelas formas de afecto e atenção e evidencia-se nas atitudes de prazer por estar com o outro e de poder fazer com o outro (Silva, 1999). Para estes (as) profissionais *valorizar a família significa acolhe-la e integrá-la* dentro das limitações impostas por um ambiente de cuidado intensivo. Estas colocações não são congruentes com Weirich, Tavares e Silva (2004), ao afirmarem que a enfermagem ainda está muito impregnada pelo modelo assistencial hospitalocêntrico, de carácter individualista, e centrado na doença, em que a família não passa de fonte de orientação e de busca de informações a respeito do (a) doente.

Diante de um ambiente historicamente marcado pela frieza, agressividade e tecnicismo, estes (as) enfermeiros (as) desenvolveram um protocolo de acolhimento ao familiar. O carácter humanizador que o caracteriza é determinante para a reforçar vínculos e minimizar o impacto com o ambiente da UCI. Leite e Villa (2005) referem que não é suficiente permitir a entrada da família na UCI. É preciso prepará-la, identificando e esclarecendo suas dúvidas, observando as reacções e comportamentos e compreender os seus sentimentos. Esta afirmação encontra eco nos depoimentos que descrevem a *preparação do familiar*

para o encontro com a pessoa idosa como uma forma de atenção e sensibilidade para com as experiências do familiar e pelo modo como as vivencia. *A aproximação do familiar ao seu ente querido* exige um acompanhamento e encorajamento permanente para que não seja apenas um encontro físico marcado pela condição do (a) doente e pelo aparato que o (a) envolve.

Na perspectiva de Friedman (1992), a família tem capacidade para responder de forma adaptativa à enorme variedade de desafios ambientais. Contudo, vivenciar a realidade de uma UCI pode ser um acontecimento para o qual um familiar, naquele momento e contexto, não possui recursos que lhe permitam ultrapassar a situação. Neste sentido, os (as) enfermeiros (as) destacam que a *orientação e integração do familiar no ambiente da UCI*, complementada com o *reconhecimento do contributo da sua presença para a recuperação da pessoa idosa* pode transformar a vivência desse familiar numa experiência positiva.

Para Paterson e Zderad (1979), o diálogo vivido é alcançado naquelas relações em que existe a presença autêntica e genuína entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. Como cuidar de uma pessoa idosa é cuidar também da família em todo o contexto que os envolve, a relação com a família precisa acontecer através da atitude humanística, pois só assim é possível cuidar da pessoa idosa como um ser inteiro. Deste modo, os gestos e as atitudes expressas pelos (as) participantes proporcionam um *equilíbrio entre o fazer e o conhecer, entre, o conviver e ser com a família*. No entanto, apesar de enriquecedor, o relacionamento enfermeiro (a) / familiar também implica que estes (as) enfermeiros (as) tenham em alguns momentos de *conviver com as suas próprias limitações*. Lidar com a dor e sofrimento do familiar condiciona, muitas vezes, o seu agir, principalmente quando acompanhado do sentimento de impotência e inconformismo. Quando nesses momentos, o familiar precisa de uma escuta mais diferenciada, de uma demonstração de afecto, sentem que se afastam. Segundo Silva (1999), a afectividade no cuidado induz o outro a se sentir seguro, a não se sentir abandonado num ambiente estranho. Porém, estes (as) enfermeiros (as) revelam que necessitam de criar defesas, de estabelecerem limites de envolvimento e de viver as situações com distanciamento para se protegerem do sofrimento, angústia e perturbação que estas interações geram (Diogo, 2006).

Ainda que algumas situações vivenciadas na UCI possam constituir-se em cenário de inquietações e inseguranças e a convivência fique limitada ao curto período da visita, a família é apreendida como foco de atenção do cuidado desenvolvido por estes (as) participantes num ambiente de alta complexidade tecnológica, sendo encarada como um avanço positivo.

TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Neste estudo, procurei conhecer os significados do cuidado de enfermagem à pessoa idosa numa UCI de um Hospital da Região Centro de Portugal, a partir das vivências de enfermeiros (as). Este desafio começou com o fascínio pessoal pelo cuidado desenvolvido neste contexto e ganhou consistência durante a obtenção dos discursos dos (as) participantes. Nesse momento, tive oportunidade de conviver com pessoas receptivas, que demonstraram interesse e gratidão pela possibilidade de partilharem a sua vivência de cuidado à pessoa idosa em uma UCI. Durante as entrevistas, falaram de si como pessoas e como profissionais, recordaram o passado, valorizaram o presente e revelaram algumas expectativas para o futuro. Apesar de existirem similaridades, aos poucos fui descobrindo que as percepções e experiências de cada enfermeiro (a) eram descritas de um modo singular, particular, tão diferenciado como cada rosto que observei. Como cada nome da flor que lhes foi atribuído, todas diferentes mas igualmente belas.

Foi no referencial fenomenológico hermenêutico de Van Manen (1990) que encontrei o caminho para apreender a riqueza e subjectividade do cuidado vivenciado pelos (as) enfermeiros (as) participantes. Sob esta perspectiva, vivi pela primeira vez a dualidade de ser enfermeira e pesquisadora, ocorrendo cada um dos papéis no momento certo. Ao comprometer-me com a essência da fenomenologia, aceitei incondicionalmente os significados que emergiam e revisei as minhas próprias experiências através dos depoimentos encontrados. Esses significados estão configurados em quatro áreas temáticas que passo a expor: recordando o percurso de aquisição de competência para cuidar em UCI; (re) criando o ambiente de cuidado da UCI; experienciando o cuidado à pessoa idosa em UCI; valorizando a família no cuidado à pessoa idosa na UCI. O percurso empreendido neste estudo permitiu desvelar que estes significados parecem romper com a prática tradicional orientada pelo modelo biomédico e com o estereótipo da racionalidade técnica, cujo objectivo é a cura e não o cuidado do ser humano. Estes (as) profissionais consideram que o cuidado desenvolvido em UCI deve incluir a objectividade mas transcendê-la para considerar as emoções, sentimentos, percepções e intersubjectividades que permeiam o viver da pessoa idosa e seu familiar. Nesta UCI, o cuidado de enfermagem é uma resposta a um apelo de ajuda que se dá por meio de um sentimento de compreensão e aproximação empática ao mundo da pessoa idosa e seu familiar. Durante o internamento, estes (as) profissionais estão dispostos (as) a irem ao encontro do outro, respeitando a sua unicidade, individualidade e privacidade. Nesse encontro, a relação inter-humana está intencionalmente voltada para a valorização da integralidade de cada ser e persegue o objectivo de criar vínculos para serem uma presença verdadeira.

Diante desta percepção, os resultados deste estudo permitiram concluir que todo cuidado de enfermagem é permeado de significações. Porém, quando se trata da pessoa idosa, implica em uma vivência mais intensa, um olhar mais atento e diferenciado para as especificidades e particularidades que a

caracterizam. Requer um “tentar fazer diferente” num ambiente desconhecido e invasivo. Embora reconheçam os benefícios e a importância da tecnologia para a recuperação da pessoa idosa, evidenciam a preocupação em encontrar uma sinergia entre o aperfeiçoamento técnico-científico e um modo mais humano e harmonioso de estar na relação de cuidado. Para estes (as) enfermeiros (as), o método individual de trabalho constitui-se num aliado importante para combinar a dimensão afectiva/expressiva e a dimensão técnica/instrumental, colocando a pessoa idosa no centro do processo de cuidado. O cuidado à pessoa idosa em UCI emerge enquanto processo inter-relacional, contextual, dinâmico, complexo e diferenciado que integra o “fazer por”, “fazer por/com” e “fazer com”. Estas fases da prática de cuidado compreendem a valorização da família como extensão da pessoa idosa, através do acolhimento, da orientação e preparação para o encontro com o seu ente querido. Consideram que para desenvolverem um cuidado diferenciado e comprometido com a protecção e a promoção da dignidade da pessoa idosa precisam estabelecer vínculos de ajuda e confiança no processo de fazer com a equipa multidisciplinar, partilhando conhecimentos e habilidades.

O cuidado se expressa numa diversidade de concepções que se transformam com um percurso evolutivo de aquisição de competência. Este percurso compreende várias etapas que não envolvem apenas, o aperfeiçoamento da componente técnica, mas, principalmente, a capacidade de mobilizar, articular e colocar em acção, valores, conhecimentos e habilidades que privilegiem a integralidade da pessoa cuidada. Esta atitude implica em um maior conhecimento de si como profissionais, em uma mudança na forma de agir e de pensar que desafiam a capacidade de adaptação e exigem uma actualização técnica e científica continua para um agir responsável e eficiente.

Ficou claro que ainda existe muito a fazer para continuar a construir um ambiente humanizado e protector que favoreça a recuperação da pessoa idosa e o acompanhamento da respectiva família. Os (as) participantes parecem estar conscientes de que, para concretizarem esse desejo, precisam ter capacidade para respeitar e lidar com a diferença, ultrapassar barreiras e normas rígidas. Qualquer transformação solícita a participação, envolvimento e receptividade de todos os elementos da equipa.

Para o cuidado do outro é imprescindível o cuidado de si primeiramente. Embora este aspecto não tenha sido destacado pelos (as) enfermeiros participantes, está implícito nos seus discursos que em alguns momentos negam o cuidado de si e o seu bem-estar, quer no espaço de trabalho, quer na vida pessoal. A ambivalência de sentimentos e emoções está presente na aquisição de competência para cuidar em UCI, no ambiente de trabalho, nas relações de cuidado que envolvem a pessoa idosa e a sua família. Deste modo, existem situações para as quais estes (as) profissionais nem sempre estão preparados e que são normalmente vividas em silêncio ou pontualmente comentadas numa passagem de turno. O confronto com as próprias limitações impede uma vivência harmoniosa do processo de cuidado pelo que se torna imperioso partilhá-la em dinâmica de grupo. A reflexão conjunta sobre as emoções, sentimentos, dilemas e inquietações vividos no seu quotidiano de trabalho podem constituir-se em um suporte para a equipa

aprender a cuidar de si mesma e continuar a transformar a prática de cuidado e de viver em UCI. Para Costa (2006), a prática reflexiva assume-se como um conceito frequentemente etiquetado de “idealista”, dado o ritmo acelerado em que se trabalha, a espontaneidade das tomadas de decisão, a imprevisibilidade das situações e a falta de tempo. No entanto, a prática reflexiva permite descobrir o que a situação tem de particular, compreender as diferenças e identificar as originalidades (Honoré, 2004).

Vivenciar o desvelar dos significados do cuidado à pessoa idosa em uma UCI, foi uma experiência valiosa em minha vida pessoal e profissional. Foram muitos os discursos que me tocaram significativamente e que solidificaram a minha concepção de cuidado à pessoa idosa. Neste momento, estou convicta que a palavra integralidade em uma UCI não é uma utopia. É um caminho que pode ser trilhado na vontade de um e na receptividade do outro, nas relações dialógicas, na prática quotidiana, na horizontalidade dos saberes, na valorização da condição humana do ser cuidado e ser cuidador. É um caminho que tem como ponto de partida o nosso próprio ser e que apesar de em alguns momentos estar pautado pela insegurança e incerteza, vale a pena percorrer.

Devo, no entanto, ressaltar que estou consciente de algumas limitações deste estudo. Em primeiro lugar, os resultados aqui encontrados não podem ser generalizados, dado o número reduzido de enfermeiros (as), seleccionados de forma intencional, num determinado tempo e contexto. Esta consideração evidencia os limites desta amostra, atendendo a que o cuidado é um fenómeno rico, complexo que encerra uma pluralidade de experiências individuais e colectivas, e que podem ser investigadas sob várias perspectivas. Assim sendo, reconheço que apenas me aproximei de determinados aspectos que compõem o cuidado. A segunda prende-se com o referencial metodológico adoptado. Este referencial reflecte por um lado, o meu interesse autêntico em escutar o outro em sua própria experiência vivida e, por outro, a minha compreensão e habilidade em efectivá-lo na prática. A este respeito, Van Manen (1990) defende que a fenomenologia hermenêutica produz a “*teoria do único*” direccionada para o estudo dos seres humanos que são incomparáveis, incontáveis e insubstituíveis.

Apesar das limitações expostas, acredito ter atingido o objectivo proposto. O desvelamento dos significados do cuidado à pessoa idosa numa UCI pode dar visibilidade às suas mais diversificadas características e contribuir para a promoção de um cuidado mais humanizado e de maior qualidade à pessoa idosa e sua família. Dado que somos continuamente aprendizes do cuidado, qualquer perspectiva que se adopte para o estudar ou pratica-lo é em si uma redução da realidade (Silva, 1999). Para a autora, o cuidado tem inteiramente a sua existência em um determinado campo de acção. Partilhando esta visão, sugiro que novos estudos sejam realizados em diferentes UCI e que esta temática seja igualmente explorada na perspectiva da pessoa idosa e sua família. Deste modo, poderão trazer contribuições valiosas para aprimorar, ampliar e conhecer as múltiplas dimensões que envolvem o cuidado no processo de viver humano em UCI até então desconhecidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Ana P. Teixeira – Construção Identitária da Enfermagem e Modelos de Prestação de Cuidados de saúde: Perspectiva sociológica. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN: 0872-8844. Nº 51 (2003) p. 64-66.

ALMEIDA, Luana F. de - O idoso na terapia intensiva: atendimento das necessidades específicas para a qualidade de vida. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.

ALMEIDA, Maria de Lurdes F. – **Cuidar o idoso: Revelações da prática de enfermagem**. In: COSTA, M. A. M.[et al] – *O idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Formasau, 1999. p. 63-92. ISBN: 972-8485-03-4.

BACKES, Dirce S.; ERDMANN, Alacoque L. – **Cuidado espiritual: Espaço para o sagrado**. In: SOUSA, Francisca G.M. de; KOERICH, Magda S. – *Cuidar – Cuidando: Reflexões contemporâneas*. Florianópolis: Papa-Livro editora, 2008. p. 47-58. ISBN: 978-85-7291-140-5.

BACKES, D.S.; KOERICH, M.S.; ERDMANN, A.L. – Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. 15:1 (2007) p. 34-41.

BAGGIO, Maria Aparecida - O Significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Goiânia. ISSN 1518-1944. 8:1 (2006) p. 9-16.

BARBOSA, Pinho. L.; AZEVEDO, Santos. S.M.- Significados e percepções sobre o cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. *Index de Enfermería* [em linha]. Nº54. 2006. [citado em 14 de Março de 2008]. Disponível em URL: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/54/p6208.php>

BARBOSA, Cristiane Duarte - O idoso hospitalizado na unidade de terapia intensiva: o cuidar e os cuidados de enfermagem. Dissertação de mestrado apresentada à Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

BARRETO S.M.; VIEIRA S.R.R.; PINHEIRO C.T.S.- **Rotinas em terapia intensiva**. 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

BASTO, M.- **Da Intenção de Mudar à Mudança. Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras.** Lisboa: Rei dos Livros, 1998. p.203.

BETTINELLI, L. A. - A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina de Florianópolis, 2002.

BETTINELLI, L.A.; WASKIEWICZ, J.; ERDMANN, A.L. - Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *O mundo da Saúde*. São Paulo. 27:2 (2003) p. 231-239.

BOFF, Leonardo - **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra.** 5ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1999. ISBN: 85.326.2162-7.

BRUM, Ana K. R.; TOCANTINS, F. R.; SILVA, Teresinha de J. E. S. da - O enfermeiro como instrumento de acção no cuidar do idoso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. 13:6 (2005) p.1019-1026.

CAETANO, Áfio J. [et al] – Cuidado Humanizado em Terapia Intensiva: um estudo reflexivo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro. ISSN 1414-8145.11:2 (2007) p.325-330.

CARVALHO, M. Manuela M. de - **A Enfermagem e o Humanismo.** Loures: Lusociência, 1996. ISBN: 972-8383-00-2.

CIAMPONE J.T.; GONÇALVES L.A.; MAIA F.O.M.; PADILHA K.G. - Necessidade de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em UTI: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo. ISSN 0103-2100. 19:1 (2006).

COLLIÈRE, Marie Françoise - **Promover a vida.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

COLLIÈRE, Marie Françoise - **Cuidar... A primeira arte da vida.** 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2003.

CORDEIRO, Maria Paula A. de A.- **Avaliação da saúde em gerontologia.** In: COSTA, M. A. M.[et al] – *O idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Editora Formasau, 1999. p. 53-61. ISBN: 972-8485-03-4.

COSTA, Maria Arminda - **Cuidar Idosos: Formação, práticas e competências dos enfermeiros.** 2ª Edição. Coimbra: Editora Formasau, 2006. ISBN: 978-972-8485-74-0.

CUNHA, Patrícia J.- As relações interpessoais nas acções de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Sector de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, 2007.

DINIS, Rogério - **A Família do Idoso Internado: O parceiro esquecido**. In: MESQUITA, C.[et al] – *Parceria e Cuidado de Enfermagem: Uma questão de Cidadania*. Coimbra: Editora Formasau, 2007. p. 115-152. ISBN: 978-972-8485-86-3.

DIOGO, Paula M. J. - **A vida emocional do Enfermeiro: Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados**. Coimbra: Editora Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-70-0.

ERMIDA, José - **Processo de envelhecimento**. In: COSTA, M. A. M.[et al] – *O idoso: problemas realidades*. Coimbra: Editora Formasau, 1999. p. 43-61. ISBN: 972-8485-03-4.

FRIEDMAN, M.M. - **Family Nursing. Theory and Practice**. 3ª edição. Norwalk Connecticut: Appleton & Lange, 1992.

GOMES, Idalina - **O conceito de Parceria na Interacção Enfermeiro/Doente Idoso – da submissão à acção negociada**. In: MESQUITA, C.[et al] – *Parceria e Cuidado de Enfermagem: Uma questão de Cidadania*. Coimbra: Editora Formasau, 2007. p. 67-111. ISBN: 978-972-8485-86-3.

HESBEEN, Walter - **Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-71-1.

HESBEEN, Walter - **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar**. Loures: Lusociência, 2000.

HONORÉ, Bernard - **Cuidar - Persistir em conjunto na existência**. Loures: Lusociência, 2004.

INE – O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas, 2002. [citado 20 de Abril 2007]. Disponível em URL: <http://alea-estp.ine.pt/html/actual/html/act29.html>.

IMAGINÁRIO, Cristina - **O idoso Dependente em Contexto Familiar**. Coimbra: Formasau, 2004. ISBN: 972-8485-38-7.

LAZURE, Hélène - **Viver a relação de ajuda**. Lisboa: Lusodidacta, 1994.

LE BOTERF, G. - **De la compétence: essai sur un attracteur étrange**. Paris: Editions d'Organizations, 1994.

LEININGER, Madeleine - **Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practices**. New York: McGraw- Hill, 1995.

LEITE, M. T. A equipa de enfermagem e a sua interacção com idosos internados em hospitais gerais. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

LEITE, M. A.; VILA, V. da S. C. - Dificuldades vivenciadas pela equipa multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. 13:2 (2005) p. 145-150.

LIMA, Regina M. T. de - A afectividade e a efectividade no processo de cuidar em enfermagem na terapia intensiva. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, 2006.

LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. O. – Significado do cuidar na unidade de terapia intensiva. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre. ISSN 0102-6933. 25:2 (2004) p. 243-256.

MARTINS, Joel; BOEMER, Magali; FERRAZ, Clarice A. - A Fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. São Paulo. Nº 24 (1990) p.139-147.

MARTINS, Josiane de J., NASCIMENTO, Eliane R. P. do - Repensando a tecnologia para o cuidado do idoso em UTI. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. Florianópolis. ISSN 0004-2773. 34:2 (2005) p. 49-55.

MAYEROFF, M. On Caring. New York: Harper Perennial, 1990.

MONIZ, José Manuel Nunes - **A Enfermagem e a Pessoa Idosa: A prática de cuidados como experiência formativa**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-49-5.

MORENO, Rui - **Cuidados Intensivos: Gestão e organização em Medicina Intensiva**. Lisboa: Permanyer, 2000.

MORSE, J. M. [et al]. Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. *Journal of Nursing Scholarship*. Indianápolis. 23: 2 (1991) p. 119-126.

MORSE, J. M. Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. *Adv. Nurs. Sci.* 17:3 (1995) p. 31-34.

NASCIMENTO, E.R.P.; TRENTINI, M. – O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. 12 :2 (2004) p.250-257.

PATERSON, J.G.; ZDERAD L. - **Humanistic nursing**. 2ª Edição. New York: National League for Nursing, 1979.

PELZER, M.T.; SANDRI, J.V.A. - O viver e ser saudável no envelhecimento humano contextualizado através da história oral. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre. ISSN 0102-6933. 23: 2 (2002) p.108-122.

PESSINI, Leo - **Eutanásia: Por que abreviar a vida?** São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2004.

PINHO, Leandro B. de; SANTOS, Sílvia M. A. dos – Dialéctica do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. São Paulo. ISSN: 0080-6234. 42: 1 (2008) p.66-72.

RODRIGUES, Jorge - Os conflitos na equipa multiprofissional. *Revista Nursing*. Lisboa. Nº39 (1991) p.7-9.

RISPAIL, Dominique - **Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-42-8.

ROCKER, G. Controversial issues in critical care for the elderly: a perspective from Canada. *Crit Care Clin*. 19:4 (2003) p. 811-825.

ROGERS, Carl - **Tornar-se pessoa**. 7ª Edição. Lisboa: Moraes Editores, 1985

SALICIO, Dalva M.B.S.; GAIVA, Maria A.M. - O significado de humanização da assistência para enfermeiros que actuam em UTI. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Goiânia. ISSN 1518-1944. 8:3 (2006) p.370-376.

SANTOS, J. Maia dos; OLIVEIRA, E. Barbosa de; MOREIRA, A. da Costa. - Estresse, factor de risco para a saúde do enfermeiro em Centro de Terapia Intensiva. *Revista de Enfermagem UERJ*. ISSN 0104-3552. 14:4 (2006) p. 580-585.

SILVA, A. L. da - **O saber nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica**. In: WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D. E. - *Maneiras de Cuidar – maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 41-60.

SILVA, A.L. da. **Cuidado transdimensional: um paradigma emergente**. Pelotas: UFPEL, 1997a.

SILVA, A. L. da - O estado da arte do cuidado na enfermagem. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis. ISSN: 0104-0707. 6: 2 (1997b) p. 19-32.

SILVA, A. L. da - **O cuidado no encontro de quem cuida e é cuidado**. In: MEYER, D.E., WALDOW, V.R., LOPES, M.J.M. - *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. p. 195-241.

SILVA, A.L. da – Cuidado como momento de encontro e troca. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 50. Bahia: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999.

SILVA, A. L. da – A Dimensão Humana do Cuidado de Enfermagem. *Revista Acta Paulista Enfermagem*. São Paulo. ISSN 0103-2100. 13: nº especial. Parte I (2000) p. 86-90.

SOUSA, Francisca G.M. de; ERDMANN, Alacoque L. – **A integralidade do cuidado: do real à fantasia**. In: SOUSA, Francisca G.M. de; KOERICH, Magda S. – *Cuidar – Cuidando: Reflexões contemporâneas*. Florianópolis: Papa-Livro editora, 2008. p. 35-46. ISBN: 978-85-7291-140-5.

STREUBER, Helen J.; CARPENTER, Dona R.- **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançado o imperativo humanista**. 2ª Edição. Lisboa: Lusociência, 2002.

VAN MANEN, Max - **Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy**. New York: The State University of New York, 1990.

VIANNA, Ana C. de A.; CROSSETTI, Maria da Graça O. – O movimento entre cuidar e cuidar-se em UTI: uma análise através da Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre. ISSN 0102-6933. 25:1 (2004) p. 56-69.

VILLA, V. S. C.; ROSSI, L. A. - O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. 10:2 (2002) p. 137-144.

WALDOW, Vera R. - Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

WALDOW, Vera R. - Atualização do cuidar. *Aquichan Publicaciones*. Chía, Colombia. ISSN: 1657-5997. 8:1 (2008) p. 85-96.

WATSON, Jean - **Nursing the philosophy and science of caring**. Boulder: Colorado Associated University Press, 1985. ISBN 0-87081-1541.

WATSON, Jean - **Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma Teoria de Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002.

WEIRICH, C. F.; TAVARES, J. B.; SILVA, K. S. - O cuidado de enfermagem à família: um estudo bibliográfico. *Revista Electrónica de Enfermagem*. Goiânia. ISSN 1518-1944. 6:2 (2004). p. 172-180.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Contexto do Estudo

Contexto do estudo

O Hospital da Região Centro de Portugal é uma instituição que possui cerca de 500 unidades de internamento distribuídas entre especialidades médicas, cirúrgicas e pediatria. Abrange doentes de seis conselhos, servindo uma população de 300.000 habitantes. Encontra-se estrategicamente situada a uma hora dos Hospitais Centrais das cidades do Porto e Coimbra, com UCIs de nível I.

A UCI do HRCP iniciou a sua actividade em 2001. Constitui uma unidade de internamento vocacionada para o cuidado de saúde a doentes de alto risco, com patologia multidisciplinar que apresentem falência de uma ou mais funções vitais, cuja fisiopatologia é potencialmente reversível. Assenta em procedimentos especiais de diagnóstico e terapêuticos, assim como de uma assistência médica e de enfermagem constante e diferenciada, apoiada por tecnologia avançada. Assegura suporte ventilatório, monitorização contínua dos parâmetros hemodinâmicos e ventilatórios, técnicas de substituição contínua de função renal e algumas técnicas cirúrgicas, tais como: toracotomias e traqueostomias.

Como Unidade de Cuidados Intensivos de nível II, pode providenciar cuidados de acordo com as sub-especialidades, recursos humanos e técnicos existentes, mas não se pode dirigir a doentes críticos de áreas específicas, como neurocirurgia, cirurgia vascular, trauma torácico complicado. Desta forma, os seus critérios de admissão baseiam-se no conhecimento do prognóstico do doente, nas terapêuticas disponíveis, nos benefícios e prejuízos dessas terapêuticas para a pessoa doente, sua família e sociedade. Esta unidade assume a responsabilidade por todas as decisões referentes aos doentes que lhe são confiados, designadamente critérios de admissão e alta, bem como a planificação dos tratamentos terapêuticos. Neste sentido, justifica-se a necessidade de determinados recursos humanos, físicos e técnicos, para o bom funcionamento da unidade.

No que respeita aos recursos humanos, esta UCI é composta por 4 grupos profissionais. A equipa médica é constituída por sete elementos, 3 do sexo masculino e 4 do sexo feminino. A mesma dá cobertura nas 24 horas, segundo a escala de serviço, ficando apenas um médico a partir das 15 horas. Existe apoio pontual por parte de outros especialistas, sempre que solicitado pelo médico da unidade. A equipa de enfermagem é constituída por dezanove elementos, sendo 5 do sexo masculino e 14 do sexo feminino. São distribuídos três enfermeiros (as) pelos diferentes turnos, 8h/15h, 14h30/22h e 22h/8h30. A equipa de auxiliares de acção médica é composta por 7 elementos do sexo feminino. São distribuídas da seguinte forma: 2 no turno da manhã e 1 para o turno da tarde e noite. Uma secretária clínica que não é exclusiva da unidade, uma vez que é igualmente solicitada para apoiar outros serviços. Existe também a colaboração de outros profissionais, como os técnicos de radiologia, que estão disponíveis em regime de chamada de 24 horas e uma nutricionista, disponível duas vezes por semana.

Em relação aos recursos físicos, esta unidade dispõe de um espaço autónomo, fechado, com uma estrutura própria e individualizada, composto por áreas distintas. Uma área de receção e secretariado,

individualizada que funciona como local de acolhimento das visitas e atendimento do pessoal estranho ao serviço. Uma área de apoio onde são diferenciados vários espaços: sala de arrumação de material clínico; sala técnica, onde é guardado todo o equipamento que não está no momento a ser utilizado ou que aguarda efectuação de testes ou revisão periódica; zona de material limpo e de roupa, zona de sujos; diferentes gabinetes; sala transfer, para admissão e transferência de doentes; uma copa; dois vestiários, um masculino e outro feminino. Por fim, a área de internamento, com 6 camas, cuja disposição em U permite uma linha directa de visão entre doente/enfermeiro(a) facilitando a observação. Cada unidade do doente possui dois braços móveis e suspensos. O braço à direita do doente contém o sistema de aspiração por vácuo, o material de infusão (seringas e bombas infusoras) e respectivos contentores para triagem de lixos. À esquerda, encontra-se o braço da monitorização / ventilação / sistema informático (*Pices*), e duas gavetas com material de apoio. Possui igualmente um ponto de lavagem e desinfecção das mãos por cada 3 camas, com activação através do cotovelo.

Neste serviço está implementado o **método individual de trabalho**. Cada enfermeiro(a) tem ao seu cuidado dois doentes, sendo a distribuição efectuada em plano de trabalho pelo enfermeiro-chefe, designando um coordenador para cada turno. Com a aplicação deste método, cada enfermeiro(a) tem a responsabilidade de personalizar e individualizar o cuidado ao seu doente e promover igualmente a aproximação doente/família. Neste sentido, existe um **protocolo para o acolhimento dos familiares** no serviço, de forma a minimizar o receio, medo e perplexidade do primeiro impacto. Por princípio, é o enfermeiro responsável pelo doente que recebe o familiar deste. Nesse encontro faz uma descrição do ambiente que irá encontrar, explica a conduta que deverá adoptar e acompanha o familiar até junto do doente encorajando a sua permanência e interacção. A utilização desta metodologia de trabalho não impede o espírito de colaboração, devendo cada enfermeiro(a) conhecer a situação clínica dos restantes doentes e apoiar as respectivas visitas.

Outro aspecto a destacar é a adopção do *Picis Care Suite*, que é um sistema de Informação integrado para cuidados intensivos e anestesiologia. O *Picis* permite um registo e consulta rápida da informação, que possibilita a automatização da recolha de dados clínicos e organização dos processos de trabalho. A segurança, confidencialidade e uniformização dos registos constituem algumas das suas vantagens, potenciadas pela utilização de protocolos e actualização constante. Contudo, à semelhança de outros sistemas, o *Picis* também tem as suas limitações, que respeitam ao facto da compartimentação dos parâmetros avaliados, favorecerem o modelo biomédico.

APÊNDICE II

Pedido de autorização para colheita de dados

Exmo. Sr. Director do
Conselho de Administração do H.I.P.

Assunto: Pedido de autorização para a realização de colheita de dados.

Meu nome é Maria Júlia Carneiro Fernandes, sou aluna do mestrado em Gerontologia, na Secção Autónoma de Ciências da Saúde, na Universidade de Aveiro, e estou desenvolvendo, sob orientação da Professora Dra. Alcione Leite da Silva, uma dissertação de mestrado com o tema “Significados do Cuidado de enfermagem à pessoa idosa numa Unidade de Cuidados Intensivos”. Ao propor como objectivo central deste estudo: Conhecer o significado do cuidado de enfermagem à pessoa idosa numa UCI através das experiências vivenciadas pelos enfermeiros (as), torna-se indispensável a participação dos mesmos. Por conseguinte, venho requerer, respeitosamente, a V. Exa. a autorização para realizar uma colheita de dados no Serviço de Medicina Intensiva, utilizando para esse efeito a entrevista que constará de uma questão aberta sobre a temática em estudo. Pretendo que a realização da mesma ocorra no período compreendido entre 1 de Janeiro e 28 de Fevereiro de 2008.

Saliento o carácter científico do estudo proposto e o respeito integral pelos critérios éticos, definidos em investigação, no que respeita à colheita, tratamento e análise dos dados. A confidencialidade da informação obtida e o anonimato da Instituição que V. Exa. dirige e de todos os participantes serão também garantidos. A única informação publicada será agrupada e analisada. Asseguro o retorno dos resultados da pesquisa.

Grata pela atenção e compreensão, subscrevo com os meus cumprimentos e aguardo a sua resposta.

Atenciosamente,
Prof. Dra. Alcione Silva
Júlia Fernandes

Peço deferimento.

APÊNDICE III

Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Maria Júlia Carneiro Fernandes, sou aluna do Mestrado em Gerontologia e estou desenvolvendo juntamente com a Professora Dra. Alcione Leite da Silva uma investigação sobre “ Os significados do cuidado de Enfermagem à pessoa idosa numa Unidade de Cuidados Intensivos”.

Este estudo tem como objectivo: conhecer o significado do cuidado à pessoa idosa numa Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital da Região Centro de Portugal, através das vivências experienciadas de enfermeiros (as).

O (a) senhor(a) enfermeiro (a) está sendo convidado(a) a participar nesta investigação para nos auxiliar a descobrir como se desenvolve o cuidado à pessoa idosa num serviço onde impera a complexidade e especificidade. A sua participação nesta investigação consistirá em responder a uma pergunta sobre a sua vivência do cuidado à pessoa idosa na UCI. Não será estabelecido tempo de duração rigoroso e a sua resposta será gravada com o seu consentimento.

Todas as informações fornecidas permanecerão confidenciais e serão somente usadas pelas pesquisadoras deste estudo. A sua participação nesta pesquisa é completamente voluntária, sem qualquer consequência para si. Esperamos que possa oferecer contribuições para melhorar a qualidade do cuidado de Enfermagem numa UCI, como consequência de uma consciência maior sobre a experiência de cuidar e de ser cuidado.

Estamos disponíveis para esclarecer qualquer dúvida que possa ter em relação a este estudo, através do contacto 962788499 ou e-mail [juliafernandes@ sapo.pt](mailto:juliafernandes@sapo.pt)

Se concordar em participar neste estudo por favor assine no espaço abaixo indicado:

Eu, _____, declaro que fui informado(a) acerca de todas as condições inerentes ao estudo a efectuar e aceito participar no mesmo de forma voluntária.

Assinatura, _____ data _____

APÊNDICE IV

Pedido de aprovação de dissertação pela comissão de ética

Exmo. Sr. Presidente da
Comissão de Ética do H.I.P.

Assunto: Pedido de aprovação de dissertação pela Comissão de Ética

Meu nome é Maria Júlia Carneiro Fernandes, sou aluna do mestrado em Gerontologia, na Secção Autónoma de Ciências da Saúde, na Universidade de Aveiro, e estou desenvolvendo, sob orientação da Professora Dra. Alcione Leite da Silva, uma dissertação de mestrado com o tema “ Significados do Cuidado de enfermagem à pessoa idosa numa Unidade de Cuidados Intensivos”. Ao propor como objectivo central deste estudo: Conhecer o significado do cuidado de enfermagem à pessoa idosa numa UCI através das experiências vivenciadas pelos enfermeiros (as), torna-se indispensável a participação dos mesmos. Por conseguinte, venho requerer, respeitosamente, a V. Exa. uma apreciação da presente dissertação.

Saliento o carácter científico do estudo proposto e o respeito integral pelos critérios éticos, definidos em investigação, no que respeita à colheita, tratamento e análise dos dados. A confidencialidade da informação obtida e o anonimato da Instituição e de todos os participantes serão também garantidos. A única informação publicada será agrupada e analisada. Asseguro o retorno dos resultados da pesquisa.

Grata pela atenção e compreensão, subscrevo com os meus cumprimentos e aguardo a sua resposta.

Atenciosamente,
Prof. Dra. Alcione Silva
Júlia Fernandes

Peço deferimento.

APÊNDICE V

Instrumento para realização das entrevistas

ENTREVISTA

Local: Gabinete de enfermagem da UCI

Dia:

Hora:

Duração da Entrevista:

I- Caracterização dos (as) participantes

Nome: E. (nº)

Sexo:

Idade:

Estado Civil:

Naturalidade:

Nacionalidade:

Local de Residência:

Religião:

Formação Académica:

Categoria Profissional:

Tipo de Vínculo Institucional:

Horário de trabalho:

Tempo de exercício profissional:

Tempo de exercício profissional no SMI:

Passagens por outros Serviços e quais:

Trabalha em mais alguma instituição, qual:

II- Questão:

Como enfermeiro (a) podes falar-me sobre a tua experiência de cuidado à pessoa idosa numa unidade de cuidados intensivos?

APÊNDICE VI

Processo de análise dos dados

PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

Passo 1: Como pesquisadora, precisei ter uma visão do todo das entrevistas realizadas. Este contacto inicial com os depoimentos, permitiu-me após leituras sucessivas, apreender o sentido das expressões dos participantes.

Passo 2: Para alcançar a etapa seguinte, necessitei fazer uma leitura cuidadosa dos depoimentos para poder extrair os aspectos que me impressionavam, dentro do meu campo perceptivo, iluminado pela minha interrogação e que se constituíam como evidências da experiência vivida. Assim sendo, durante a realização da leitura, identifiquei parágrafos ou frases que evidenciavam temas ligados ao fenómeno do cuidado à pessoa idosa. Os parágrafos e frases identificados foram reescritos, com a finalidade de capturar a essência dos significados fenomenológicos. Seguidamente assinaliei e destaquei nesses parágrafos os subtemas.

Passo 3: Posteriormente, necessitei de articular o significado preciso do subtema pesquisado ao discurso expresso pelos (as) participantes. Então, transformei a linguagem dos (as) participantes numa terminologia mais precisa, iluminada pela perspectiva fenomenológica. Explicito, seguidamente como identifiquei os subtemas e os transformei em linguagem da pesquisadora, tomando como exemplo o excerto de uma entrevista.

Linguagem do Participante	Linguagem da Pesquisadora
Durante o internamento a maioria dos idosos são muito passivos , precisam de ser estimulados a participar.	Impacto do ambiente de cuidado sobre a pessoa idosa <ul style="list-style-type: none">• Reacções ao vivido
A pessoa idosa não é uma realidade assim tão distante de mim. Desde o serviço de medicina que a maioria dos doentes que cuida são idosos .	Percurso profissional com a pessoa idosa
Os meus pais também já são idosos . Por isso, posso dizer que conheço bem as suas dificuldades, as suas limitações, a dor das suas perdas, os sonhos que ainda desejam concretizar. Não posso deixar de me surpreender, como os conselhos dos meus pais continuam a ser tão sábios. Revelam a sabedoria da vida e da experiência , apesar dos hábitos e costumes de hoje serem diferentes dos do seu tempo Sinto alguma tristeza quando no	Influência da vivência pessoal na representação da pessoa idosa

desempenho da minha profissão me deparo com idosos que não têm a mesma sorte, porque perdem a sua independência e autonomia. Porque quem convive com eles valoriza muitas vezes as suas limitações e poucas vezes as suas grandezas .	
No atendimento de um idoso em estado crítico damos naturalmente prioridade às necessidades vitais para a sua sobrevivência, como, a circulação, oxigenação, hidratação, alimentação (...) as necessidades emocionais e afectivas são facilmente esquecidas se não estivermos despertos e atentos para elas .	Saber-fazer atento às necessidades emocionais e afectivas
Não é fácil, mas nestas alturas tento compreender os motivos que levam aquele idoso a reagir assim. Tento de acordo com a sua personalidade diminuir o seu desespero, diminuir a sua ansiedade. Não posso esquecer que tem uma forma de ver e sentir aquilo que o rodeia, sem dúvida, diferente da minha perspectiva.	Respeito pelo outro <ul style="list-style-type: none"> • Unicidade/diversidade
Antes de ser um doente crítico é uma pessoa que teve de romper de um momento para o outro com o seu modo de viver , com os seus hábitos, deixa de ver a sua família os seus amigos (...) E podemos juntar a tudo isso, o facto de na unidade o horário das visitas ser mais rígido, o tempo da visita é muito curto e restrito a duas pessoas por doente.	Ruptura com ambiente pessoal/sujeição às normas institucionais
No entanto, apesar de existir esta limitação e da insegurança e ansiedade visível no rosto dos familiares, existe um esforço da equipa para que não se sintam perdidos, nem sozinhos.	Sentimentos vividos pelos familiares
Os familiares são preparados para o momento da visita , explicamos tudo o que vai encontrar e ajudamos a ir ao encontro do seu familiar doente. Mesmo assim, quantas vezes duvidam de estar a ver a pessoa certa porque esta se encontra tão diferente daquilo que habitualmente é. O edema da face, das mãos, a presença do tubo e dos fios sobressalta-os.	Preparação do familiar para o encontro com o doente
Mesmo sendo preparados para o que vão encontrar quando chegam perto do seu familiar doente ficam parados , parece que esquecem tudo o que explicamos, não sabem o que fazer nem o que dizer	Reacções dos familiares à visita
Nestes momentos é necessária da minha parte orientação para que o familiar compreenda a importância da sua presença para a recuperação do doente.	Contributo da presença do familiar para a recuperação do doente

--	--

Passo 4: A partir da transcrição das entrevistas para a linguagem de pesquisadora é possível compreender o fenômeno. Iniciei o agrupamento pelas suas convergências ou aspectos comuns. São aspectos que devem ser decifrados, analisados para captar a vivacidade das expressões, o sentido que busco pela inquietação. Desvelar a significação expressa pela análise auxilia a delinear o agrupamento dos subtemas nos temas apreendidos.

O procedimento aqui é descritivo e interpretativo. Esse passo permite apreender a significação da entrevista de cada participante para, então, passar à análise do todo, reunindo todas as entrevistas. Sintetizando, estes foram os passos que segui na análise fenomenológica, após transcrever todas as entrevistas, para chegar à compreensão do apreendido a partir das falas dos (as) participantes.

APÊNDICE VII


Caracterização dos (as) enfermeiros (as) participantes

Caracterização dos Enfermeiros (as) Participantes:

Participante	Idade	Sexo	Estado civil	Formação académica	Categoria profissional	Vínculo institucional	Horário de trabalho	Tempo de exercício Profissional	Tempo exercício na UCI	Passagem por outros serviços	Duplo emprego
Dália	26	F	Casada	Licenciat.	Enfermeira	CTI	Rotativo	4	4	Não	Não
Papoila	25	F	Casada	Licenciat.	Enfermeira	CTI	Rotativo	3	3	Sim	Não
Tulipa	38	F	Casada	Licenciat.	Enfermeira	Quadro	Rotativo	12	5	Sim	Não
Jacinto	29	M	Casado	Licenciat.	Enfermeira	CTI	Rotativo	7	6	Sim	Sim
Violeta	30	F	Solt	Licenciat.	Enf. Grad.	Quadro	Rotativo	9	7	Sim	Não
Narciso	40	M	Casado	Licenciat.	Enf. Grad.	Quadro	Rotativo	11	7	Sim	Sim
Margarida	36	F	Casada	Licenciat.	Enf. Grad.	Quadro	Rotativo	14	7	Sim	Sim
Cravo	41	M	Divorc.	Licenciat.	Enf. Grad.	Quadro	Rotativo	17	7	Sim	Sim
Íris	39	F	Divorc.	Licenciat.	Enf. Grad.	Quadro	Rotativo	16	7	Sim	Sim
Camélia	35	F	Divorc.	Licenciat. Especialização	Enf. Grad.	Quadro	Rotativo	13	6	Sim	Sim

APÊNDICE VIII

Representação esquemática dos temas e subtemas


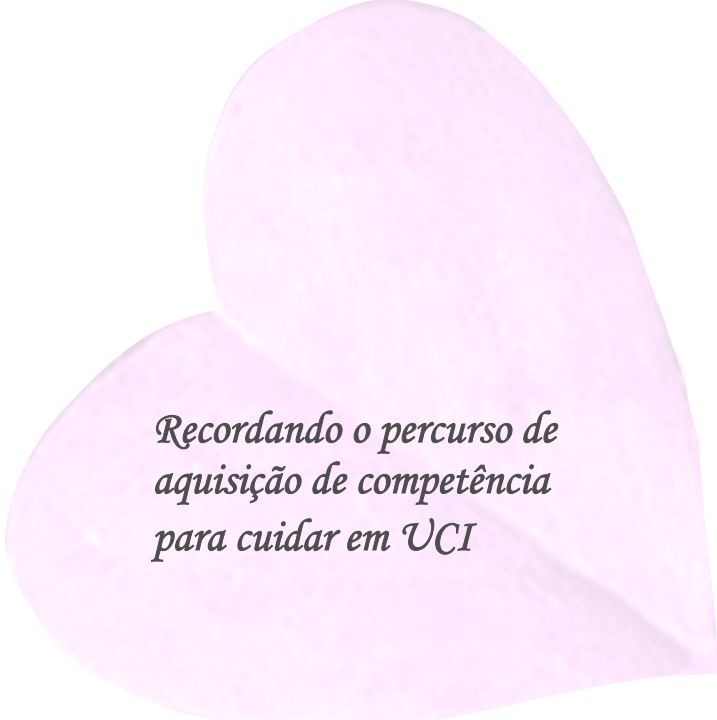


*Recordando o percurso de
aquisição de competência
para cuidar em UCI*

*(Re) criando o ambiente de
cuidado da UCI*

*Experienciando o cuidado à
pessoa idosa na UCI*

*Valorizando a família no
cuidado à pessoa idosa na
UCI*



*Recordando o percurso de
aquisição de competência
para cuidar em UCI*

Experiência nunca anteriormente vivida

Desafio constante à sua capacidade de adaptação

Uma caminhada com várias etapas

O conhecimento de si



Abertura e humildade para partilhar com o outro dificuldades e limitações

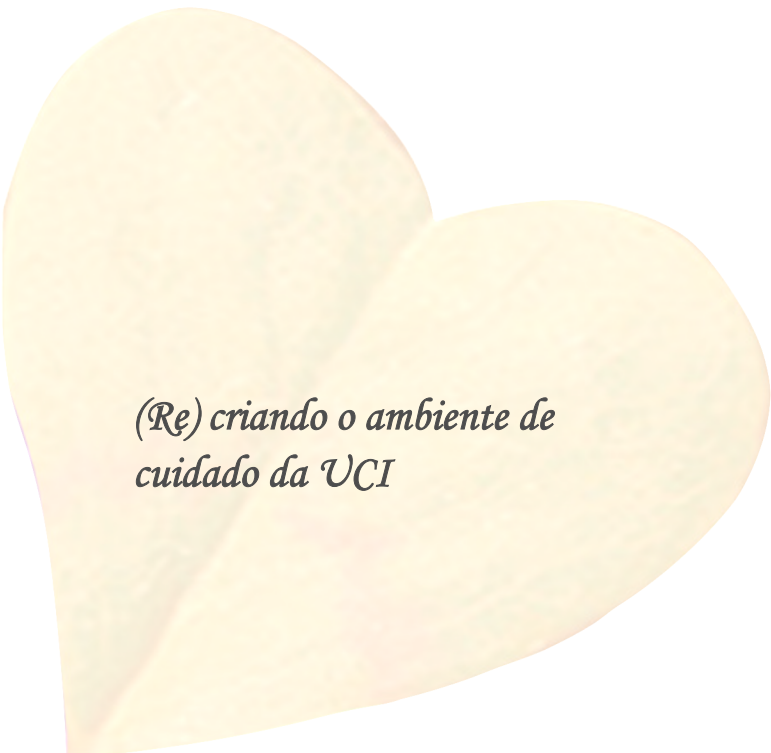

Necessidade de desenvolver continuamente novas capacidades

Processo simultaneamente individual e colectivo

Esforço permanente de desenvolvimento pessoal e profissional

Valorização das interacções pessoais na resolução de problemas





*(Re) criando o ambiente de
cuidado da UCI*

Ritmo de trabalho físico e mental intenso.

Imprevisibilidade decorrente do cuidado quotidiano

Isolamento do ambiente

Influência do ruído produzido pelos equipamentos e actividade diária

Situações geradoras de sentimentos e emoções contraditórios



Recursos humanos, materiais e físicos satisfatórios

Tensão permanente entre o ser e o não-ser no mundo

Ambiente da UCI influência as relações interpessoais e vice-versa

Espírito de colaboração e entreaajuda entre colegas e outros profissionais

Humanização do ambiente como objectivo permanente





Representação da pessoa idosa

Sentimento de compreensão e aproximação empática ao mundo da pessoa idosa

Valorização da pessoa idosa como um todo

Sinergia entre o aperfeiçoamento técnico-científico e o modo humano de estar na relação de cuidado,

Utilização do método individual de trabalho

Valorização da unicidade dos (as) cuidadores (as)

Respeito pela unicidade, individualidade e privacidade da pessoa idosa

Presença verdadeira no encontro de cuidado

Comunicação terapêutica efectiva nas diversas situações de cuidado

Atenção às solicitações mais subtis da pessoa idosa e tentar fazer diferente.

Saber-fazer com segurança, conhecimento e habilidade atento às necessidades afectivas e expressivas

A complexidade do processo de cuidado caracterizado pelo “Fazer por”, “Fazer por/com” e “Fazer com”.

Processo de descoberta e aprendizagem mutua através da reflexão sobre o saber-fazer

Vínculo de ajuda e confiança no processo de fazer com a equipa multidisciplinar.

Capacidade de aprender a lidar com a diferença.

Articulação de conhecimentos e habilidades entre os profissionais que constituem a equipa.

*Experienciando o cuidado à
pessoa idosa na UCI*





Valorização da família como extensão da vida da pessoa idosa

Acolhimento e orientação da família

Preparação da família para o encontro com o ente querido

Atenção à diversidade de reacções do familiar

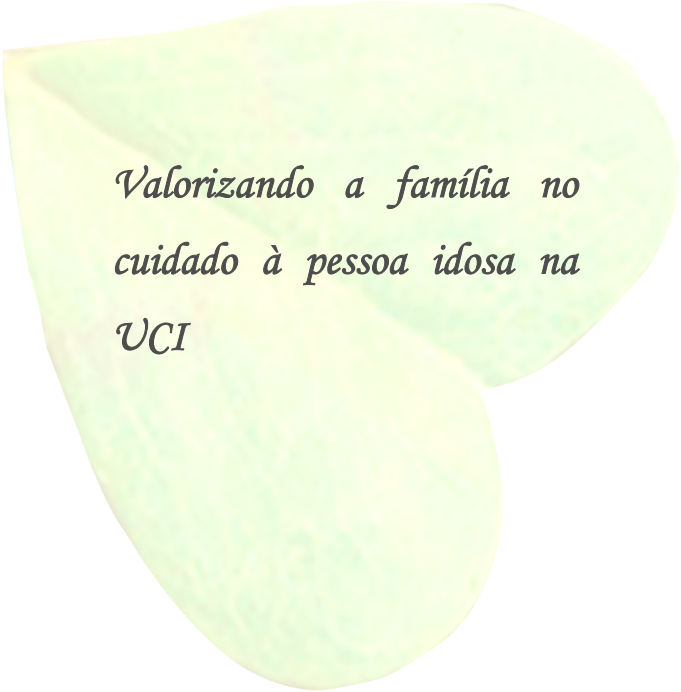

Integração do familiar no cuidado à pessoa idosa

Conhecimento da pessoa idosa cuidada através da família

Valorização da presença do familiar na recuperação da pessoa idosa.

Sinergia entre o fazer e o conhecer, entre, o conviver e ser com a família

Limitações em lidar com o sofrimento da família.



*Valorizando a família no
cuidado à pessoa idosa na
UCI*